



Université Paris Descartes

Ecole doctorale

ED261 « Cognition, Comportements, Conduites Humaines »
Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie (LPCP)
EA 4056

Validation transculturelle d'une échelle en contexte humanitaire

Dépistage des difficultés psychologiques du jeune enfant haoussa au Niger (Maradi)

Par Caroline Marquer

Thèse de doctorat

Discipline Psychologie

Dirigée par le **Professeur Marie Rose Moro**, Université Paris Descartes, Sorbonne Cité

Présentée et soutenue publiquement le 4 Novembre 2014

Devant un jury composé de :

Pr Thierry Baubet, Professeur, Université Paris 13, Sorbonne Cité, Rapporteur

Pr Jean-Philippe Raynaud, Professeur, Université Paul-Sabatier Toulouse III, Rapporteur

Dr Rebecca F. Grais, HDR, Epicentre, MSF France

Pr Bruno Falissard, Professeur, Directeur de recherche, INSERM, Université Paris Sud

Pr Yoram Mouchenik, Professeur, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité

Résumé

Les difficultés psychologiques sont parfois difficiles à évaluer au cours d'une consultation médicale par un non professionnel (psychologue, psychiatre). Ceci est d'autant plus vrai dans le cas particulier des jeunes enfants lors d'interventions humanitaires, ce qui conduit souvent à une réponse insuffisante aux besoins de soins psychiques. Le manque d'outils validés de manière transculturelle qui répondent aux exigences d'intervention, rapide et simple pour identifier les besoins combinés à un manque de professionnels impliquent des difficultés voire l'impossibilité de mettre en place les prises charges adéquates.

Dans ce travail, nous avons réalisé la validation transculturelle d'un outil de dépistage des difficultés psychologiques en contexte humanitaire destiné aux enfants âgés de 3 à 6 ans, le PSYCa 3-6 (Psychological Screening tool for Young Children aged 3 to 6). Cet outil a été initialement créé et développé en 1999 lors d'une intervention humanitaire, son contenu a été affiné et modifié au fur et à mesure de son utilisation.

La validation principale a eu lieu au Niger, et deux validations complémentaires ont été mises en place en Colombie et au Kenya. Au total, 888 enfants âgés de 3 à 6 ans ont été inclus entre Octobre 2009 et Février 2012. Une recherche qualitative a été mise en place en amont de la validation pour collecter des informations concernant la perception des difficultés psychologiques localement au Niger. La recherche quantitative s'est intéressée aux qualités psychométriques et cliniques de l'outil.

Les trois versions haoussa, espagnole et swahili ont montré des qualités psychométriques et cliniques adéquates avec une bonne validité concurrente, les scores obtenus à l'outil étant corrélés au gold standard. La recherche qualitative a permis d'affiner et de renforcer les résultats.

A notre connaissance, il s'agit de la première validation d'un outil de dépistage pour des enfants d'âge préscolaire incluant un volet transculturel pour usage dans des contextes humanitaires variés. De tels outils validés pour des contextes différents sont indispensables pour promouvoir l'accès aux soins psychiques pour les enfants, souvent non prioritaires dans ces interventions.

Mots clés : intervention humanitaire, validation transculturelle, difficultés psychologiques, clinique du jeune enfant, dépistage

Abstract

Cross cultural validation of a tool in humanitarian context, screening for psychological difficulties in young Hausa children in Niger (Maradi)

Psychological difficulties are sometimes difficult to assess during a medical consultation by a non-specialist (psychologist, psychiatrist). This is especially the case when it comes to young children, in humanitarian intervention contexts, entailing to an insufficient answer to the needs of mental health care. The lack of cross culturally validated tools that meet the requirement of such intervention, fast and simple to identify the needs combined with a lack of professional involve difficulties even impossibility of implementing appropriate care.

In this study, we implemented a cross cultural validation of a screening tool for psychological difficulties in humanitarian context for children aged 3 to 6 years old, the PSYCa 3-6 (Psychological Screening tool for Young Children aged 3 to 6 years old). This

tool was originally created and developed during a humanitarian intervention; its content has been refined and modified along its use.

The main validation took place in Niger, and two additional validations have been implemented in Colombia and Kenya. In total, 888 children aged 3 to 6 years were recruited between October 2009 and February 2012. Qualitative research has been also implemented to collect information regarding the local perception of psychological difficulties, prior to the validation. Quantitative research has focused on the psychometric and clinical properties of the tool.

The three versions, Hausa, Spanish and Swahili showed adequate psychometric and clinical qualities including a good concurrent validity, scores being correlated with the gold standard. Qualitative research was used to refine and to strengthen the results.

To our knowledge, this is the first validation of a screening tool for preschool children including a cross cultural component for use in several humanitarian contexts. Such tools, cross culturally validated in several contexts, are a key component to promote access to mental health care for children, often not on the list of priorities during the interventions.

Key words: humanitarian intervention, cross cultural validation, psychological difficulties, young children, screening.

A Teresa et Ayoud

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Marie Rose Moro pour m'avoir permis de me lancer de ce projet de thèse, de m'avoir soutenue et encadrée tout au long du recueil de données et de la rédaction du manuscrit.

Merci à Yoram Mouchenik, créateur du Questionnaire Guide d'Evaluation (QGE), pour avoir donné son accord pour son adaptation et sa validation transculturelle.

Merci spécial à Rebecca F. Grais pour le soutien, la supervision, la confiance tout au long du travail, la sympathie et la bonne humeur.

Merci à toutes les équipes à Paris et sur le terrain engagées dans ce projet pour leur suivi, leur aide et la richesse des échanges pendant la mise en place et le recueil des données (Epicentre, MSF France)

Merci à chaque membre du jury, pour avoir accepté de participer à ma soutenance.

Merci à tous les enfants et parents inclus d'avoir accepté d'y participer (Niger, Colombie, Kenya), aux différentes équipes MSF France pour avoir accueilli le projet ainsi qu'à l'équipe Epicentre au Niger (Maradi et Niamey).

Merci à Anne Révah Levy et aux étudiants du séminaire de doctorat pour leur soutien, remarques et conseils.

Merci à Sophie Wery pour son amitié, son soutien et son aide.

Un merci particulier à Héloïse Marichez pour le soutien tout au long de la recherche, le travail conjoint au Kenya, les relectures et son importante et précieuse amitié.

Enfin, merci à ma famille et mes amis pour leurs encouragements.

Table des matières

INTRODUCTION.....	8
--------------------------	----------

CHAPITRE 1 : DEPISTAGE, CLINIQUE DU JEUNE ENFANT EN CONTEXTE

HUMANITAIRE	14
--------------------------	-----------

I. DEPISTAGE DES DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES DU JEUNE ENFANT EN CONTEXTE

HUMANITAIRE	14
-------------------	----

1. Clinique du jeune enfant.....	14
----------------------------------	----

a. Dépistage des difficultés psychologiques chez le jeune enfant	14
--	----

b. Importance de la culture dans le processus de dépistage	20
--	----

c. Les domaines d'évaluation	25
------------------------------------	----

2. Identifier les besoins en contexte humanitaire	27
---	----

3. Les outils de dépistage disponibles	29
--	----

II. VALIDATION TRANSCULTURELLE : DEFINITION ET ENJEUX.....	32
--	----

1. Définition.....	32
--------------------	----

2. Méthodologie liée à la validation transculturelle d'outils	34
---	----

a. L'apport de la méthodologie qualitative dans le champ de la recherche transculturelle	34
---	----

b. Méthode quantitative et validation transculturelle.....	36
--	----

III. OBJECTIFS DU TRAVAIL DE DOCTORAT.....	43
--	----

CHAPITRE 2 : RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	46
--	-----------

I. DU QGE AU PSYCa 3-6	46
------------------------------	----

II. PRESENTATION DES ARTICLES	50
-------------------------------------	----

1. Présentation générale de la recherche (Organisation de la recherche et méthodologie globale)	50
--	----

a. Flow chart recherche	50
b. Méthodologie	51
c. Procédures	52
d. Choix des pays de validation	55
2. Présentation des articles.....	56
a. Perception maternelle des difficultés émotionnelles des enfants d'âge préscolaire en milieu rural au Niger	57
b. Validation principale (Niger)	81
c. Validation complémentaires (Colombie et Kenya).....	109
CHAPITRE 3 : DISCUSSION GENERALE.....	131
CONCLUSION.....	157
BIBLIOGRAPHIE	160
ANNEXES.....	171
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE GUIDE D'EVALUATION (QGE)	171
ANNEXE 2 : PSYCa 3-6 PSYCHOLOGICAL SCREENING TOOL FOR YOUNG CHILDREN AGED	176
ANNEXE 3 : GUIDE D'UTILISATION DU PSYCa 3-6.....	178
ANNEXE 4: TRADUCTION DU PSYCa 3-6 EN HAOUSSA, ESPAGNOL ET KISWAHILI	184
Version Haoussa	184
Version espagnole.....	186
Version Kiswahili	188

Introduction

Médecins Sans Frontières (MSF) est une association médicale humanitaire internationale créée en 1971 à Paris. C'est une organisation indépendante de tous pouvoirs politiques, militaires et religieux, qui agit en toute impartialité. Après évaluation des besoins, MSF intervient en mettant en place des consultations médicales destinées aux populations vulnérables, confrontées à des conflits armés ainsi que lors d'épidémies, catastrophes naturelles et en cas d'exclusion des soins (défini dans cette recherche comme un terrain d'intervention humanitaire).

Depuis 1989, une composante psychologique a été intégrée aux soins proposés. Les dispositifs mis en place sont majoritairement associés à une pratique médicale, dont l'objectif est de soutenir et garantir une prise en charge appropriée et adaptée des patients.

De manière générale, les soins psychiques s'adressent à des personnes souffrant de troubles psychologiques et/ou psychiatriques consécutifs aux violences, aux pertes subies lors des conflits, à la guerre, aux catastrophes, aux épidémies. Ils incluent parfois également des patients pris en charge pour une maladie chronique (VIH, tuberculose) ou des patients ayant subi une ou des interventions chirurgicales.

Des psychologues et des psychiatres sont recrutés et partent sur le terrain. Dans un premier temps, ils évaluent les besoins en termes de prise en charge psychologique, en définissant la ou les populations ciblées, le type de soins proposés, la stratégie d'intervention, le recrutement de ressources humaines et les formations nécessaires et la mise en place des dispositifs de soins. L'objectif principal est de permettre aux patients de se reconstruire et bien évidemment, les enfants n'en sont pas exclus.

Des débats au sein de l'association continuent sur les dispositifs mis en place, cependant ces interventions sont majoritairement reconnues comme pertinentes lors de la prise en charge d'une population ayant été confrontée à des événements violents. Bien qu'aujourd'hui l'Organisation de la Santé (OMS) recommande l'intégration de la santé mentale dans les soins lors des interventions humanitaires, un long travail est encore nécessaire pour que cela fasse partie intégrante des soins de manière systématique. Ces dernières années, un intérêt particulier a été porté à l'introduction des soins psychiques dans les services de soins de santé primaires ainsi qu'à la prise en charge de patients par des non professionnels, ayant bénéficiés d'une formation appropriée au préalable. Néanmoins, les soins psychiques en contexte humanitaire ne sont toujours pas sur la liste des priorités, d'autant plus ceux adressés aux jeunes enfants.

Il est important de rappeler que les besoins de soins psychiques dans les pays en voie de développement se heurtent non seulement au manque de ressources humaines nationaux et internationaux, au manque de priorité donné dans certains programmes et contextes mais également au peu de communication et de sensibilisation à la fois des professionnels intervenants et des communautés impliquées (Betancourt & Williams, 2008; Patel, Flisher, Malhotra, & Nikapota, 2008; Vostanis, 2007).

Pour ce travail de doctorat, les enfants de moins de 6 ans ont été ciblés. Leurs besoins en soins psychiques en contexte humanitaire, que ce soit lors des urgences ou en général lors d'intervention sur du plus long terme, sont souvent non repérés, non évalués et donc non pris en compte (Patel, Flisher, Nikapota, & Malhotra, 2008, Jones, 2008; Jordans et al., 2011; Omigbodun, 2008; Shatkin & Belfer, 2004).

Ce projet de recherche s'est développé sur l'idée que la mise à disposition d'un outil de repérage simple et rapide aiderait des non spécialistes à identifier les enfants en besoin

d'une évaluation plus approfondie, donc créerait un système de repérage et référencement des enfants vers des consultations spécialisées.

L'évaluation des difficultés psychologiques est particulièrement difficile à réaliser par des non spécialistes, certains comportements d'enfants étant « normaux » à certains âges et pas à d'autres. L'identification au détour d'une consultation des difficultés nécessite des connaissances approfondies du développement normal de l'enfant (De Ajuriaguerra & Marcelli, 1984, p.62). Généralement, une telle évaluation est multidimensionnelle et nécessite la présence d'un adulte ou d'une personne qui connaisse l'enfant. Les contraintes liées aux interventions humanitaires ne permettent pas forcément l'accès à toutes les ressources nécessaires, ce qui nécessite le développement de stratégies et méthodologies spécifiques.

L'évaluation classique d'un enfant versus évaluation en contexte humanitaire se présentent de manière dichotomique. D'une part, le dépistage classique qui implique un travail pluridisciplinaire afin de proposer des soins appropriés, d'autre part, dans ce travail de recherche en milieu humanitaire, le dépistage rapide des difficultés pour orienter l'enfant vers un spécialiste dans un dispositif qui répondra à des exigences opérationnelles.

D'un point de vue clinique et psychopathologique, les difficultés non dépistées chez les jeunes enfants peuvent avoir des conséquences sur leur capacités émotionnelles, cognitives et aussi physiques (Larsson & Granhag, 2005; Marans & Adelman, 1997). L'identification des signes permet une intervention précoce et la prévention de la chronicisation et l'installation de certains symptômes, signes qui pourraient interagir avec son développement et le mettre en difficulté (Betancourt & Khan, 2008; Chan, Dennis, & Funk, 2008).

De nombreux présupposés existent toujours concernant les jeunes enfants. Par exemple, ils seraient protégés par leur parent lors d'évènements difficiles ou à leur jeune âge ils ne comprendraient pas leur environnement ou encore ils n'auraient pas encore acquis les

concepts tels que la peur, la mort, ils ne pourraient pas être dépressifs ou anxieux. Pourtant dans la réalité, ils sont exposés autant qu'un adulte et réagissent souvent en montrant des difficultés émotionnelles et comportementales. Les enfants, contrairement aux adultes, ne peuvent s'exprimer clairement et librement, surtout les plus jeunes. Leurs réactions dépendent à la fois de leur individualité mais également de leur environnement familial et social. Reconnaître la diversité des réponses du jeune enfant dans un contexte d'intervention humanitaire est essentiel pour répondre de manière adéquate à ses besoins (Petot, 2006; Wallon, 2002; Zeanah, 1993). Ce type d'intervention, où les soins sont parfois absents, paraît primordial (Belfer, 2008; Al-Obaidi, Nelson, Al Badawi, Al-Obaidi, Nelson, Al Badawi, Hicks & Guarino, 2012). De nos jours, la recherche concernant les jeunes enfants s'intéresse d'avantage aux questions liées à la mortalité qu'à la morbidité dans les contextes d'intervention humanitaire.

Bien évidemment, la mise en place de formation sur le terrain ainsi que la nécessité de lieu de soins appropriés reste l'idéal lors des interventions. En leur absence, les outils de dépistage identifiant les enfants nécessitant une évaluation plus approfondie permettent de rationaliser les ressources humaines quand elles font défaut et permettent l'orientation des enfants qui le nécessitent.

Le manque d'outil validés de manière transculturelle, ainsi que le manque de données concernant la prévalence des difficultés psychologiques chez le jeune enfant en contexte humanitaire est du domaine de la santé publique (Flaherty et al., 1988; Jordans et al., 2011, 2010; Mollica et al., 2004; Jordans, Komproe, Tol & De Jong, 2009). Cela nécessite des réflexions et développement de consensus internationaux afin de garantir des soins adaptés et appropriés aux enfants confrontés à des situations difficiles (Mollica et al., 2004; Van Ommeren, 2003).

L'objectif de cette recherche était donc de répondre à un manque d'outils simples et faciles permettant de repérer, évaluer les besoins en soins psychiques des jeunes enfants. En effet, il existe un grand nombre de modèles de dépistage et d'évaluation mais ces outils nécessitent d'être adaptés aux conditions d'intervention. En développant de tels outils, les équipes intervenant sur le terrain peuvent non seulement plus facilement repérer les enfants en besoin de soins mais également leur permet d'organiser les dispositifs de prise en charge appropriés et adaptés à l'urgence et à la situation de précarité et vulnérabilité.

Nous nous sommes intéressés à la validation transculturelle d'un outil de dépistage des difficultés psychologiques du jeune enfant incluant des méthodologies quantitatives et qualitatives: le PSYCa 3-6 (Psychological Screening tool for Young Children aged 3 to 6 years old). Il est important de préciser que l'objectif n'était pas d'établir un diagnostic mais plutôt de permettre la mise en évidence de signes pouvant indiquer la présence de difficultés psychologiques chez les jeunes enfants.

Nous allons présenter les différentes étapes de validation transculturelle de cette échelle de dépistage destinée aux enfants d'âge préscolaire. La thèse est présentée sous forme de trois différents articles publiés, chacun représentant une étape de validation transculturelle. Le premier article présente les résultats de la recherche qualitative¹ (accepté dans la revue *Transcultural Psychiatry*). Le second concerne la validation transculturelle de l'outil au Niger² (accepté et publié dans la revue *BMC Psychiatry*). Enfin, le troisième article inclut les

¹ Marquer, C., Grais, R.F., Moro, M.R., Maternal perception of emotional difficulties of preschool children in a rural area of Niger, accepted in *Transcultural Psychiatry*

² Marquer C., Barry, C., Mouchenik, Y. Hustache, S., Djibo, D.M., Manzo, M.L., Falissard, B., Révah-Lévy, A., Grais, R.F., Moro, M.-R. A rapid screening tool for psychological distress in children 3-6 years old: results of a validation study, *BMC Psychiatry* 2012, 12:170

résultats des validations complémentaires ainsi que le processus global³ (soumis à *International Health*).

Dans le premier chapitre, nous nous centrerons sur deux thématiques principales. La première concernera le dépistage des difficultés psychologiques du jeune enfant en général et dans le contexte particulier des interventions humanitaires, et la seconde s'intéressera à la validation transculturelle d'outils de dépistage, les enjeux, la méthodologie et objectifs.

Le deuxième chapitre présentera les trois articles ainsi que leur articulation les uns avec les autres. L'outil de dépistage princeps créé et développé sur le terrain sera présenté ainsi que la version adaptée pendant la recherche.

Enfin, le troisième chapitre présentera une discussion générale, intégrant à la fois les résultats qualitatifs et quantitatifs et la validation transculturelle d'outils dans une perspective générale.

Dans la conclusion, nous envisagerons les perspectives en clinique et en recherche de tels résultats.

³ Marquer, C., Barry, C., Mouchenik, Y., Djibo D. M., Manzo, M.L., Trujillo Maza, E.M., Githaiga, S., Casas, G., Kirubi, B. W., Marichez, H., Falissard, B., Moro, M.-R., Grais, R.F. *Screening for psychological difficulties in young children: implementation of a cross-culturally validated scale*, submitted to *International Health*

Chapitre 1 : Dépistage, clinique du jeune enfant en contexte humanitaire

I. Dépistage des difficultés psychologiques du jeune enfant en contexte humanitaire

1. Clinique du jeune enfant

a. Dépistage des difficultés psychologiques chez le jeune enfant

Les troubles mentaux « regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux », OMS⁴. La santé mentale ne se définit pas « simplement » comme « l'absence de troubles mentaux » mais dans sa définition générale comme « un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté », « les troubles mentaux varient selon les normes culturelles »⁵.

Dans ce travail de thèse, nous avons préféré utiliser « difficulté psychologique » au lieu de trouble mental, plus adapté car nous nous sommes intéressés à l'identification des difficultés et non à leur diagnostic. Le dépistage est l'étape initiale à l'identification des besoins (Croton, 2007) et qui entraîne l'orientation ou non vers un spécialiste pour une évaluation plus approfondie.

L'évaluation en santé mentale, en général, vise à recueillir des signes cliniques, d'évaluer un pronostic et d'orienter vers une prise en charge adaptée. Elle se fait majoritairement verbalement, incluant une connaissance la plus vaste possible de la globalité de la personne (enfant, adulte) et de l'histoire individuelle et personnelle et environnementale.

⁴ http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

Nous allons nous focaliser sur l'identification des difficultés chez les enfants et particulièrement les jeunes enfants.

La prévalence des difficultés psychologiques chez les enfants est estimée entre 10 à 20% dans le monde (Bele, Bodhare, Valsangkar, & Saraf, 2012), la majorité des études ont inclus des enfants âgés de plus 6 ans (Kohrt et al., 2011; Murray et al., 2011; Zukauskiene, Ignataviciene & Daukantaite, 2003).

Lorsque l'on s'intéresse au dépistage des difficultés psychologiques chez l'enfant (cela s'applique également pour les adolescents et les adultes), on s'interroge au préalable à la manière d'identifier ainsi qu'aux outils de dépistage disponibles et adaptés au contexte.

Il est important de mentionner, pour comprendre la dimension du problème, que dans cette population d'enfants identifiée comme présentant des difficultés psychologiques, 70 % ne recevraient pas de soins du fait de l'inexistence de structure, de dépistage, de prévention et sensibilisation (Kazdin & Kagan, 1994).

Chez le jeune enfant, les difficultés psychologiques peuvent, si elles ne sont pas détectées précocement, avoir un impact à long terme, sur ses performances scolaires, ses relations avec son entourage (familial, amical, scolaire), sur ses capacités à fonctionner normalement socialement et émotionnellement et donc avoir un impact dans sa future vie d'adulte (Bele, Bodhare, Valsangkar & Saraf, 2012, Chan, Dennis & Funk, 2008; Feehan, McGee, & Williams, 1994; Kazdin & Kagan, 1994; Mash & Dozois, 1996; Ringeisen, Oliver, & Menvielle, 2002). Dans les pays en voie de développement, leurs besoins en soins psychiques se heurtent également au manque de priorité sur le terrain et au manque de ressources humaines.

De manière générale, l'évaluation intègre trois types de difficultés, « la limite entre le normal et le pathologique, la nature développementale de l'enfant et les effets de son environnement » (Marcelli, 2009, p.21). En premier lieu, « si un certain nombre de symptômes ou de conduites apparaissent franchement pathologiques et donc facilement identifiables, les limites avec la normalité sont beaucoup plus floues », la définition du normal et du pathologique étant très différente selon l'âge de l'enfant et dépendant parfois de sa maturité. « Ces facteurs interagissent de manière complexe et il en existe une très grande diversité, facteurs héréditaires, environnementaux, relationnels, sociaux, familiaux, biologiques, psychologiques.. », à quoi s'ajoute le fait que l'enfant « est un être qui dépend de son entourage ». Les conséquences d'un facteur de risque seront variables et parfois fonction des réactions de son milieu et de ses capacités d'adaptation.

C'est un travail souvent multiaxial qui intègre plusieurs étapes, le repérage des difficultés, leur analyse, l'évaluation de leur gravité en terme par exemple de dysfonctionnement, la recherche de sens chez l'enfant mais également dans sa famille ainsi que la proposition d'une orientation vers une prise en charge adaptée « le but est non seulement d'évaluer le normal ou le pathologique d'une conduite mais aussi d'aménager les possibilités thérapeutiques immédiates ou ultérieures ».

L'évaluation du jeune enfant s'inscrit donc dans la diversité, désignant un champ multidimensionnel (incluant différents aspects du développement), du fait du caractère mobile lié au développement. Le jeune enfant est dans une période impliquant une variété et variabilité de comportements. Par définition, chaque enfant répond aux stimulations de manière individuelle mais également en fonction de l'environnement familial et social dans lequel il grandit. C'est une façon d'obtenir une vue d'ensemble de l'enfant, individu et environnemental (contexte, famille, culturel, social). L'enfant n'existe pas en dehors du contexte dans lequel il vit et donc évalué. Explorer les difficultés avec un enfant et sa famille

est un exercice long du fait de « la multiplicité des situations » et « le grand nombre d'intervenants autour de l'enfant » (De Ajuriaguerra & Marcelli, 1984, p.62).

L'évaluation doit également inclure « simultanément l'enfant et ses parents dans un système interactionnel dynamique » (Tourrette & Guedeney, 2012, p. 233). L'environnement social et développemental dans lesquels apparaissent les comportements différencie le caractère dit « normal » du comportement pathologique (Canino & Alegria, 2008). Reconnaître dans ce cas la multitude de réponses possibles, de comportements est essentielle pour intervenir de manière appropriée. « L'évaluation n'a de sens que si elle établit une correspondance entre les comportements évalués et les comportements habituels de l'enfant dans son contexte de vie » (Tourrette & Guedeney, 2012, p. 233).

Une autre question est également à prendre en compte, celle de la demande de consultation. Le jeune enfant est rarement celui qui initie l'évaluation, ce sont d'avantage par exemple les parents, un instituteur à l'école, un médecin généraliste. Ce sont donc plutôt les adultes autour de lui qui s'inquiètent de la présence de signes, qui peuvent d'ailleurs se révéler ne pas être les principaux mais les plus visibles par son entourage. Lors d'une telle évaluation classique, il faut prendre en compte le fait que l'enfant dans de nombreux cas souffre bien plus des conséquences de ses troubles que des troubles eux-mêmes; et également dans certains cas la symptomatologie d'un enfant peut aussi témoigner d'un dysfonctionnement grave de la famille qui s'organise autour de lui.

Dans ce contexte d'évaluation plus complexe, du fait de la nécessité par exemple d'un tiers lors de l'évaluation, de la capacité de l'enfant à décrire ses difficultés, de son constant développement qui provoque des changements rapides, l'identification nécessite souvent des professionnels formés de manière appropriée afin de différencier des difficultés à des comportements liés à la période de développement. Nous présenterons brièvement une

évaluation classique d'un enfant dans un milieu intégrant tous les moyens nécessaires et à la suite nous nous interrogerons sur une évaluation dans un contexte spécifique tel que les interventions humanitaires.

Lors d'une prise en charge classique, par exemple en France, le dépistage peut se faire lors d'une consultation auprès d'un professionnel, psychologue ou psychiatre, et/ou à l'aide de tests, outils de dépistages (avec une variété de possibilités). Les échelles de dépistages, évaluation et diagnostic dans le champ de la santé mentale se sont développées dans la deuxième moitié du 20^{ième} siècle, l'objectif étant de proposer des mesures dites « scientifiques » et de proposer « des mesures d'impacts de programme" (Myers & Winters, 2002). Le terme « échelles » inclut un large choix de mesure, questionnaires (auto ou hétéro), listes, inventaires, indice de sévérité ainsi qu'un large choix de domaine (comme par exemple le langage, les troubles du comportement, les troubles émotionnels, les troubles du développement psychomoteur).

L'évaluation intégrant une variété de méthodes, tels que entretiens avec les parents, avec l'enfant lui-même, des tests et outils, est souvent la plus utilisée dans les services de pédopsychiatrie afin d'obtenir le plus précis diagnostic possible. Elle peut être explorée à travers le jeu, les interactions, le dessin, par des tests spécifiques en fonction des difficultés que l'on cible, psychomotrices, le langage, l'intelligence, les troubles fonctionnels (expression somatiques), les troubles du comportement, les troubles émotionnels ou bien des échelles généralistes.

Lors d'une intervention humanitaire, on comprend rapidement les restrictions liées au contexte où s'ajoute souvent un manque de ressources humaines spécialisées. Néanmoins, penser des dispositifs adaptés à de tels contextes paraît primordial afin de proposer des soins appropriés aux enfants confrontés, comme les adultes, à des événements difficiles qui peuvent

avoir des conséquences psychologiques non seulement immédiates mais à long terme sur son développement.

En clinique, des études ont montré que les interventions dans les écoles suite à un évènement traumatique (Al-Obaidi, Nelson, AlBadawi, Hicks & Guarino, 2012) ont un impact positif. Cela semble également pertinent dans les contextes où les enfants sont exposés à des situations violentes liées à des conflits armés ou catastrophe naturelle, les dispositifs devant être adaptés en fonction des interventions.

Il existe également des recherches montrant l'efficacité de l'utilisation d'échelles pour mesurer la symptomatologie psychiatrique, poser des diagnostics, montrer l'existence de troubles mentaux et du développement ainsi que leur impact dans la recherche d'aide et d'autres aspects de la vie des enfants et adolescents (Patel, Flisher, Nikapota & Malhotra, 2008).

Dans le contexte de dépistage et de diagnostic, notamment dans les pays en voie de développement, ces 30 dernières années des efforts ont été réalisés afin d'améliorer la validité des diagnostics en psychiatrie, par exemple dans la révision des classifications diagnostics. Mais il reste toujours un manque d'outils valides qui répondent à des exigences, des contraintes de terrains, qui ciblent des enfants d'âge préscolaire, pouvant être utilisés dans des contextes d'intervention différents et dans des cultures et langues différentes de manière simple et rapide.

b. Importance de la culture dans le processus de dépistage

Une étape majeure dans le repérage des difficultés psychologiques, troubles psychiatriques toute population confondue (enfants, adolescents, adultes) est la prise en compte du contexte, environnement dans lequel se déroule l'évaluation. Avant d'entrer plus en détail dans cette étape importante du dépistage, nous allons présenter le concept de culture tel qu'utilisé dans ce travail de recherche, qui compte de multiples définition (Mouchenik, 2004).

Dans ce travail de recherche, nous l'envisageons comme « un système culturel est constitué d'une langue, d'un système de parenté, d'un corpus de technique et de manières de faire » (Moro, 1994, p. 30). « Toute culture définit des catégories qui permettent de lire le monde et de donner un sens aux événements. Se représenter, c'est tailler dans le réel, c'est choisir des catégories communes pour percevoir le monde de manière ordonnée. Ces mondes fondent la pertinence des représentations pour un groupe donné », (Moro & Baubet, 2003, page 182). « Tous ces éléments épars sont structurés de manière cohérente par des représentations. Ces représentations culturelles sont les interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet incorpore ces représentations culturelles, et les retravaille à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalité ». La culture « met à la disposition de l'individu une grille de lecture du monde », elle « lui permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu ».

Par cette définition, on comprend sa place non négligeable dans un contexte de dépistage. La culture doit être pensée et intégrée au processus d'évaluation, notamment dans des contextes où psychologues et patients sont de culture différente. Dans le cas particulier

des interventions humanitaires, les dispositifs sont souvent mis en place rapidement, cela implique donc la formation et le questionnement continu du psychologue/psychiatre sur le terrain (Bolton & Weiss, 2001).

Ces dernières années, un intérêt particulier dans la recherche a concerné la variation de l'expression de la psychopathologie à travers les cultures (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003), notamment l'impact de la culture sur le comportement et l'expérience de chacun.

De manière générale, les façons de penser, agir et réagir sont apprises en fonction de la culture, même si les difficultés psychologiques et psychiatriques sont présentes dans le monde, chaque individu expérimente et exprime ces difficultés en fonction de sa culture. Il existe donc des variations à la fois individuelles, mais également liées au contexte culturel dans lequel s'identifient les difficultés.

Les difficultés ne peuvent donc pas toujours être identifiées par des catégories diagnostics construites majoritairement en occident (Kleinman, 1977), il faut toujours rester attentif lors de leur utilisation. Généralement, les outils de dépistage se basent majoritairement sur les deux classifications diagnostic le Manuel Diagnostic et Statistique (DSM) et la classification internationale des maladies (CIM). La classification internationale des maladies, 10^{ième} version, CIM-10 est la classification de l'OMS. Elle distingue 3 axes, diagnostic psychiatrique, diagnostic somatique et aspects psychosociaux. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM IV est la 4^{ième} édition de la classification américaine, c'est la plus utilisée en épidémiologie et en recherche clinique et contient 5 axes cliniques, personnalité, diagnostic somatique, psychosocial et fonctionnement global actuel.

Les discussions concernant l'utilisation de ces instruments sont multiples, Ils ont été développés et créés, majoritairement voire exclusivement en occident, c'est-à-dire dans d'autres contextes et cultures (de Jong & van Ommeren, 2002). La question parfois même de

la définition d'un trouble psychiatrique est en question, en faisant abstraction des contextes culturels et sociaux, définissant la normalité d'un seul point de vue (Crowe, 2000). Cela est aussi vrai en pédopsychiatrie (Rousseau, Measham, & Bathiche-Suidan, 2008). Des révisions de classification tel que DSMIV-R n'effacent pas les questionnements quant à la validité de certains concepts, définitions quand il s'agit de les utiliser dans des contextes culturels différents (Thakker & Ward, 1998).

Cette question de prise en compte de la culture dans l'évaluation, le dépistage, la description des difficultés psychologiques est toujours débattue. Nous ne présenterons pas les origines du débat de l'articulation entre anthropologie et psychanalyse, qui datent du début du XXème siècle. Ce débat a été repris et déjà décrit par plusieurs auteurs comme Marie Rose Moro, Yoram Mouchenik et plusieurs travaux de recherche comme ceux de Jeanne Flore Rouchon (2007) sur la notion de contre transfert culturel et de son implication dans la prise en charge ou plus récemment Muriel Bossuroy (2012) sur l'influence des facteurs culturels lors de la passation des tests et le chercheur, démontrant l'importance de la culture (incluant la langue) et de ses représentations (parentales mais aussi celles du groupe) et des appartenances du chercheur pour mener une recherche véritablement transculturelle. Recherches et domaines qui sont essentiels lorsque l'on s'intéresse à l'identification, au dépistage des difficultés psychologiques, la décision de définir tel comportement comme inapproprié, fréquent et persistant étant selon certains auteurs un jugement social (Canino & Alegria, 2008; Kirmayer & Young, 1999; Munir & Beardslee, 2001) qui peut donc varier selon les contextes culturels.

Par exemple, l'OMS a porté une attention particulière à la recherche concernant la dépression et la schizophrénie au travers des cultures. L'objectif était et est toujours de proposer des méthodes d'évaluation, de classification et de notification des troubles dépressifs, applicables au niveau international (Ionescu, 2000, p.99), de développer des méthodes standardisées et de parfois mettre en avant des caractéristiques communes en

reconnaissant «la diversité des normes, des croyances et des attitudes sociales ainsi que l'existence d'une variété de techniques pour faire face au stress » (Ionescu, 2000, p. 105).

A la culture s'ajoute également l'expérience individuelle du patient. Dans la pratique clinique, sa prise en compte face à la maladie est un point important (Canino & Alegria, 2008) tout autant que la variation de l'expression de la psychopathologie selon la culture (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003). Il n'y a, aujourd'hui, aucun consensus international selon lequel les troubles psychiatriques ou syndromes seraient universaux, ou bien s'ils diffèrent dans leur définition propre et leur constellation de symptômes, influencés par les facteurs culturels. Différentes positions théoriques existent, relativiste, universaliste ou une combinaison des deux (Canino & Alegria, 2008). Les relativistes se sont intéressés à la magnitude des différences d'expression de la psychopathologie au travers des cultures. Ils se sont focalisés sur l'existence de phénomènes uniques dans une culture donnée et non existant dans les autres ainsi que l'importance de les étudier séparément. Les universalistes ont insisté sur les différences en prévalence et sévérité préexistante concernant les dimensions et les catégories.

La position la plus largement partagée en épidémiologie psychiatrique, aujourd'hui, est celle de l'existence des troubles psychiatriques et de constellation de symptômes qui se regroupent en syndromes (universelle), la culture en modifie l'expression des symptômes ainsi que la limite de ce qui est considéré comme normal ou pathologique dans un contexte donné (Canino & Alegria, 2008). Les troubles peuvent se manifester, s'exprimer de différente manière dans différentes cultures mais la psychopathologie sous-jacente est la même toute culture confondue.

L'universalité psychique est une notion importante, c'est ce qui « définit l'être humain c'est son fonctionnement psychique ». Devereux (1970) découle de cela une « unité fondamentale du psychisme humain, la nécessité de donner le même statut (éthique, mais

aussi scientifique) à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques, à leur manière de vivre et de penser, pour différentes et parfois déconcertantes qu'elles soient » (Moro, De La Noe et Mouchenik, 2004, p. 161).

« Si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le particulier de sa culture d'appartenance » (Moro, De La Noe et Mouchenik, 2004, p. 162). Ce codage est inscrit dans notre langue et les catégories à notre disposition qui nous permettent de lire le monde d'une certaine manière, dans notre corps et notre façon de percevoir et de sentir à travers le processus d'enculturation dans notre rapport au monde à travers nos systèmes d'interprétation et de construction de sens. La maladie n'échappe pas à ce codage culturel.

Ce travail de thèse repose donc sur le postulat que les difficultés psychologiques existent quelque soit la culture dans laquelle elles se dépistent, en prenant en compte non seulement leurs formes et expressions mais également la possibilité de fréquence différente en fonction du contexte dans lequel elles se présentent.

Malgré la pertinence et l'évidence de ce postulat, dans la recherche il n'est pas toujours pris en compte et respecté.

Nous partons donc de l'idée dans ce travail que l'universalité des difficultés et les variant culturels sont deux pièces d'un même ensemble à prendre en compte. Dans cette recherche, nous nous intéresserons d'avantage à l'universalité des difficultés psychologiques chez les jeunes enfants en contexte transculturel. Les variantes culturelles seront utilisées dans la validation principale pour mieux comprendre le processus d'identification et de repérage sur le terrain. Lorsqu'il s'agit de repérer des difficultés psychologiques du jeune enfant, il s'agit de comprendre l'enfant à la fois dans sa globalité et dans son individualité.

Les travaux sur les enfants, en France, dans la pratique transculturelle sont plus récents. Moro décrit les processus liés à la représentation de l'enfant en clinique transculturelle (Moro, 2002, p. 200-205). Elle cite en premier la nature même de l'enfant, ce qu'elle décrit comme « les matrices ontologiques » qui « désignent les représentations que les parents ont de l'enfant, de sa nature », ou citant Devereux « la nature de l'enfant telle que les adultes et les parents l'imagine, le fantasme et donc le fabrique, de son identité, de son origine des modalités de son développement de ses besoins et de ses liens avec la famille ». Ces représentations culturelles préexistent à l'enfant, déterminent la manière dont l'enfant est investi et donc perçu, elles influent sur la manière dont on entre en relation avec lui. Ces représentations sont nombreuses et variées, doivent être explorées en fonction des groupes. En deuxième, elle s'intéresse « au sens donner au désordre », c'est à dire au développement de théories étiologiques, qui donnent du sens, « cherchent à donner un sens culturellement acceptable au désordre concernant l'enfant la mère, les parents, la relation parents-enfants ». Le troisième niveau, elle le décrit comme « l'acte thérapeutique » lié à l'aire culturelle (cérémonies, offrandes...). La représentation que chacun se fait de la maladie a donc une importance dans sa prise en charge, et le recours aux soins. Biomédecine et traditions peuvent intervenir de manière séparée ou simultanément selon la valeur ou l'efficacité que le patient attribue à l'une ou l'autre.

Le sens, la représentation des difficultés sont donc impliquées dans la prise en charge mais également dans la démarche d'identification et dépistage.

c. Les domaines d'évaluation

Lorsque l'on s'intéresse aux difficultés psychologiques chez le jeune enfant, la première question à se poser concerne le type de difficultés. En effet, les domaines

d'évaluation sont multiples et variés, « que cherche-t-on à évaluer chez les jeunes enfants lors d'interventions humanitaires (cadre spécifique qui nous intéresse) ? ». De cette réponse en découlera le choix de l'outil ou les principes de création ou de développement d'un nouvel outil.

La clinique du jeune enfant concerne un vaste champ d'évaluation. Dans le cas particulier des interventions humanitaires, les enfants victimes de conflits présentent majoritairement des difficultés psychologiques de type émotionnelles ou comportementales, tel que des dépressions, anxiété, troubles de la régulation du sommeil ou du langage, troubles des conduites, agressivité ainsi que des troubles post traumatiques. D'ailleurs, un grand nombre d'outils existants aujourd'hui s'intéressent d'avantage à la question du trauma que des difficultés dans leur définition plus générales.

Une fois défini l'objectif de l'évaluation, la deuxième question va impliquer la recherche d'outils existants adaptés à la population et au contexte.

La majorité des échelles existantes ont été créées et développées dans les pays développés, elles doivent donc en principe être validées au préalable dans les autres contextes. Leur validation transculturelle a parfois consisté en une simple traduction des items dans la langue locale et une minorité de ces échelles a fait l'objet d'une validation pour des enfants de moins de six.

Dans les années 50, les tests psychologiques ont parfois été identifiés comme saturés en données et représentations culturelles (notamment les tests cognitifs⁶ et projectifs⁷). Par la

⁶ Le langage, la mémoire, le raisonnement, la coordination des mouvements (praxies), les reconnaissances (gnosies), les fonctions exécutives regroupant le raisonnement, le jugement, la planification, l'organisation et les fonctions de perception sont des fonctions cognitives.

⁷ Outil d'évaluation psychologique qui exploite les réponses spontanées produites par la personne soumise à des stimuli souvent ambigus, le principe étant que ces réponses indiquent tel ou tel mécanisme inconscient ou certains traits de personnalité du sujet

suite, les outils ont été construits et développés en essayant de les rendre « culture free », c'est-à-dire indépendants des facteurs culturels, principalement par la suppression des références linguistiques, « Cette démarche entraînait un appauvrissement des tests sans parvenir à effacer leurs références culturelles, qui ne peuvent se résumer à l'usage d'une langue donnée » (Le Du, 2003, p. 99). A cette époque des chercheurs conçurent des tests spécifiques à un groupe culturel déterminé, en collaboration avec des anthropologues, qui se sont avérés coûteux et peu rentable car ils ne pouvaient être mis en place qu'auprès de certaines populations, restreignant ainsi leur utilisation.

Le développement d'outils a donc entraîné un certain nombre de questionnements, notamment concernant leur validité dans des contextes et populations différents. Il existe aujourd'hui un grand nombre d'échelles, d'instruments, d'outils de mesure, généraliste ou bien spécifique (un seul trouble). Dans cette liste non exhaustive de mesure, comment choisir la plus appropriée lors des interventions humanitaires, qui non seulement réponde aux contraintes du terrain, mais également puisse être mise en place dans des contextes et langues différentes incluant les éléments traumatiques sans pour autant omettre des difficultés plus générales.

2. Identifier les besoins en contexte humanitaire

Dépister dans ce travail est donc défini comme l'étape princeps à l'identification des besoins, d'autant plus important lors des interventions humanitaires. Cela aide l'identification d'enfants nécessitant une évaluation plus approfondie et la mise en place, si nécessaire, d'une prise en charge spécifique prévenant la possible chronicisation et l'installation de certains symptômes apparus précocement chez le jeune enfant, signes qui pourraient interagir avec son développement et le mettre en difficulté (Chan, Denis & Funk., 2008). Sur le terrain

humanitaire il n'est pas possible, logistiquement, de proposer toute une série d'évaluation par un manque de temps et manque de ressources humaines.

L'impact de la violence sur la santé mentale des enfants est bien décrite aujourd'hui (Jordans et al., 2010). Bien que les enfants constituent la moitié de la population dans les pays en voies de développement, leurs besoins en soins psychiques sont souvent négligés (Leckman & Leventhal, 2008). Ceci est spécialement vrai lors des crises, où les enfants peuvent être exposés à la violence, l'extrême pauvreté et les déplacements de population (Barenbaum, Ruchkin, & Schwab-Stone, 2004; Stichick, 2001). En plus des effets directs des évènements traumatiques sur la santé mentale des enfants, l'anxiété, la dépression, les troubles psychosomatiques sont souvent non inclus même quand le dépistage et les traitements existent (Bayer, Klasen, & Adam, 2007; Giacaman, Abu-Rmeileh, Hussein, Saab, & Boyce, 2007; Vinck, Pham, Stover, & Weinstein, 2007). Des récents débats ont conduit à l'édition de guides internationaux afin de soutenir la mise en place de services appropriés pendant les crises mais les outils de dépistage ainsi que leur utilisation restent limités (Jones, 2008; Patel, Simon, Chowdhary, Kaaya, & Araya, 2009).

Dans un contexte humanitaire, on s'intéresse classiquement à la dimension traumatique, mais il y a un besoin d'élargir le champ à d'autres difficultés, comme par exemple dans le cas de jeunes enfants, émotionnelles et comportementales. Les enfants sont parfois non exposés directement à l'évènement traumatique mais fuient avec leur famille pour éviter d'y être confronté, situation qui peut également confronter l'enfant à un environnement difficile, à de l'anxiété, la question de la transmission du trauma entre parents et enfants est également en jeu. L'environnement de l'enfant lui-même dans de telles situations peut être la cause de difficultés.

Travailler en contexte humanitaire quand on est psychologue n'est pas si simple, car ces outils ne sont souvent pas disponibles. En plus de la mise en place de consultations, il faut trouver un moyen de détecter les enfants en besoin en population générale, ce qui est généralement fait avec des outils connus du psychologue mais dont la validation n'est pas forcément assurée au préalable. Les ressources financières, les ressources humaines sont également des contraintes.

Parmi les possibilités de dépistage, le psychologue formé peut le faire lui-même dans les structures de soins. Mais quand par manque de temps il ne peut le faire, il est important de proposer des solutions adaptées. L'une des réponses est la création et le développement d'outils pour des non spécialistes.

3. Les outils de dépistage disponibles

La création et le développement des échelles datent du milieu du XX^{ème} siècle (Behar, 1977), avec un regain d'intérêt ces dernières années, notamment dans leur utilisation dans des études de prévalence des troubles psychiatriques. Grâce à la construction et la validation rigoureuses de mesures reconnue en santé mentale, il est même possible d'être plus confiant quant à leur justesse, leur exactitude et leur stabilité (Falissard, 2008; Prince, Stewart, Ford, & Hotopf, 2003).

Il existe plusieurs types de dépistage, d'évaluation et de soins, mais le besoin d'outils simples, rapides, administrables par des non spécialistes reste une priorité afin de palier à un manque dans la réponse opérationnelle lors d'une crise, qu'elle soit naturelle ou humaine.

Lors de ces interventions, les psychologues expérimentés ne sont pas forcément présents dès le début de la mission, notamment quand il s'agit de mettre en place une

évaluation des besoins en terme d'identification des difficultés psychologiques chez les jeunes enfants, non seulement en terme de dépistage des enfants en besoin, mais également en terme d'adaptation du dispositif de prise en charge de manière opérationnelle. L'intervention elle-même rapide, ne permet pas de former les psychologues locaux, par manque de temps.

Dans ce travail, un outil de passation simple et rapide était recherché, utilisable par des non professionnels, dont la cotation devait être simplifiée au maximum, l'enquêteur non professionnel étant celui qui oriente l'enfant en fonction du score obtenu. De plus dans de tels contextes, où la violence est parfois toujours présente, il n'est pas possible de dire aux parents « vous aurez le résultat de la passation demain », ce qui peut favoriser d'autant plus un climat anxiogène pour eux, le résultat doit être donné immédiatement.

Parmi les outils disponibles, la majorité ont été initialement créés et validés en Europe ou aux Etats Unis. Lors de leur utilisation dans d'autres contextes, ils ont parfois simplement été traduits dans la langue locale sans étude préalable sur le terrain (Cha, Kim, & Erlen, 2007; Murray, et al., 2011) et elles couvrent souvent des troubles spécifiques (Balaban, 2006; Catani et al., 2009; Klasen et al., 2010).

Voici deux des outils les plus utilisés pour les enfants au niveau international dans la recherche, le Children Behavior Check List (CBCL) et le Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Le CBCL est un questionnaire descriptif de la symptomatologie émotionnelle et comportementale de l'enfant. Il existe en plusieurs versions en fonction de l'âge 2-3, 1.5-5 et 4-16. Sa passation dure entre 20 et 30 minutes. Celle qui nous intéresse est la version 1.5-5. Elle contient 99 items répartis en sept domaines : anxiété, enfant renfermé, comportements agressifs, comportements destructeurs, problèmes de sommeil, problèmes somatiques, autres problèmes.

Le CBCL est internationalement reconnue comme un outil validé dans plusieurs langues, mais la majorité des validations se sont faites dans des populations d'enfants âgés de plus de 6 ans (Dumenci, Erol, Achenbach, & Simsek, 2004; Zukauskiene, Ignataviciene, & Daukantaite, 2003). De plus, il est protégé par le droit d'auteur, son utilisation nécessite donc une autorisation au préalable. D'autre part, l'analyse des scores de passation et quotation nécessitent des compétences et une formation spécifique, ce qui ne facilite pas son utilisation dans des contextes d'intervention humanitaire en urgence.

Le SDQ est une échelle de dépistage des difficultés émotionnelle et comportementale chez les 4-17 ans, comprenant 25 items divisés en 5 sous échelles : symptômes émotionnels, problèmes de la conduite, hyperactivité, problèmes avec pairs, conduite sociale. L'échelle évalue l'impact de ces symptômes sur l'environnement familial ou scolaire de l'enfant. Chaque item est coté 0, 1 ou 2 (pas vrai, quelquefois vrai, vrai). La somme obtenue aux 4 premières sous échelles fournit la somme liée aux difficultés psychologiques par enfant. L'échelle existe à la fois sous forme de questionnaire adressé soit aux parents soit directement à l'enfant (Bele, Bodhare, Valsangkar & Saraf, 2012; Goodman, 1997). Elle est sensible en terme de détection des difficultés émotionnelles et comportementales (Mathai, Anderson, & Bourne, 2002). En termes de qualités psychométriques, les différentes validations présentent des résultats de modérés à bons. Les résultats des validations transculturelles sont à dupliquer, certains ont montré une consistance interne basse, et des questions concernant la structure dimensionnelle de l'outil ainsi que l'interprétation des questions (Thabet, Stretch, & Vostanis, 2000).

A ma connaissance, aucune échelle d'évaluation simple et rapide de la souffrance psychologique, incluant par exemple l'anxiété, la dépression et le traumatisme, n'a été validée de manière transculturelle. Du fait des exigences et contraintes de l'intervention, ces outils devront être susceptibles d'être utilisés par des non professionnels, sans expérience préalable.

Sur le terrain, le manque d'outils, rapides et simples, combiné à un manque de professionnels capables de diagnostiquer et proposer des soins appropriés, contribue donc à la non prise en charge des enfants en besoins de soins psychiques pendant les crises (Jones, Rrustemi, Shahini & Uka, 2003; Jordans et al., 2011; Omigbodun, 2008; Shatkin & Belfer, 2004; Jordans, Komproe, Tol & De Jong, 2009; Vostanis, 2007).

Nous nous sommes donc intéressés dans cette recherche à la possibilité de développer ou adapter une échelle ainsi qu'à sa validation transculturelle dans différents contextes. Nous présenterons dans la première partie des résultats l'échelle princeps QGE (Questionnaire Guide d'Evaluation) créé par Yoram Mouchenik utilisée pour la validation transculturelle ainsi que son adaptation pour donner lieu au PSYCa 3-6 (Psychological screening tool for Young Children aged 3 to 6 years old).

II. Validation transculturelle : définition et enjeux

1. Définition

L'épidémiologie psychiatrique en situation transculturelle a vu le jour dans les années 70 (Moro & Baubet, 2003, p. 91-97) avec notamment les recherches menées par l'OMS et l'apparition de « nouveaux paradigmes méthodologiques ». Initialement, ces recherches étaient plutôt dites comparatives définies par « vérifier l'existence de syndromes définis dans les pays occidentaux, au sein de différentes cultures » et « l'existence d'invariants universels dans les catégories diagnostiques et les manifestations symptomatiques ».

Une des premières questions à se poser concerne l'objectif d'une validation transculturelle d'un outil, d'une échelle de dépistage, d'évaluation, de diagnostic. Généralement, on cherche à ce que ces outils puissent être utilisés dans différents pays, populations sans pour autant

avoir à être adaptés ou modifiés en profondeur, et surtout qu'ils mesurent les mêmes concepts dans contextes différents.

La validité transculturelle « ne peut exister que si les catégories locales de l'expérience vécue sont intégrées dans les schémas d'évaluation. Sans cela, la recherche restera une sorte de manière coloniale d'imposer des catégories d'expérience occidentales certaine étant partagées mais beaucoup présentant d'importantes différences » (Moro & Baubet, 2003, p.94).

Les différences entre les caractéristiques universelles des troubles mentaux et les expériences individuelles exprimées dans chaque culture ont remis en question l'utilisation de certains instruments existants sans les avoir au préalable validés de manière rigoureuse, c'est-à-dire au-delà de la traduction littérale des items.

Dans certains cas, la validation transculturelle d'un outil se résume à sa traduction dans la langue locale, ce qui dans ce travail ne la définit pas. Pourtant essentielle pour garantir un dépistage fiable, cela reste sur le terrain non systématique, parfois expliquer par un manque de temps. Cela implique l'utilisation de ces outils, simplement traduits dans la langue cible et l'obtention de résultats sans savoir si la mesure est valide. En découlent des questions non seulement opérationnelles mais également éthiques.

Travailler en amont, anticiper par la recherche ce besoin d'outils est utile voire essentiel non seulement au dépistage lui-même mais également, non négligeable, à la mise en place de dispositifs appropriés.

Une méthodologie rigoureuse implique non seulement la traduction de l'outil dans la langue cible, mais également de s'interroger sur sa validité et fidélité dans le contexte. Cela suppose, pour une échelle de dépistage, de vérifier à la fois ses propriétés cliniques

d'identification des difficultés psychologiques, voire ses qualités diagnostics si nécessaire et ses propriétés psychométriques.

Plusieurs méthodes sont possibles lorsque l'on s'intéresse à la validation transculturelle d'outils de dépistage, quantitative, qualitative avec également la possibilité d'intégrer les deux. Dans ce travail nous avons choisi une méthodologie mixte afin de renforcer les résultats et garantir la validité des résultats. La possibilité de mixer les méthodes qualitatives et quantitatives permettent d'assurer une meilleure validité des concepts psychologiques et/ou psychiatriques utilisés dans des contextes variés (Appleton, Harris, Oates, & Kelly, 2013; Bass, Ryder, Lammers, Mukaba, & Bolton, 2008; Bazeley, 2004; Kelly, Betancourt, Mukwege, Lipton, & Vanrooyen, 2011).

2. Méthodologie liée à la validation transculturelle d'outils

a. L'apport de la méthodologie qualitative dans le champ de la recherche transculturelle

La recherche qualitative est une étape complémentaire importante, incontournable dans la validation transculturelle d'outils. Elle peut fournir des données, informations importantes, dans les contextes d'interventions où les recherches font parfois défaut.

De manière générale, la recherche qualitative produit des données descriptives. Son objectif principal est de comprendre, décrire, explorer un domaine particulier (dans notre recherche, c'est le repérage des difficultés psychologiques du jeune enfant haoussa en milieu rural à Maradi). Les méthodes les plus utilisées dans la littérature sont les groupes de discussion et les entretiens individuels. Une fois la problématique cernée, il faut déterminer les sources d'informations qui pourraient le mieux décrire l'objet de la recherche.

Cette collecte de données s'inscrit dans l'articulation entre anthropologie et psychologie que nous allons brièvement présenter afin de mieux comprendre son implication dans le champ de la recherche transculturelle.

Dans une perspective ethnopsychiatrique ou de clinique transculturelle, la complémentarité entre les deux champs anthropologie et psychiatriques est inévitable. Devereux (1972) est l'initiateur d'une telle pensée complémentaire dans la pratique clinique, principe qui s'applique à la recherche transculturelle l'utilisation de la psychologie et de l'anthropologie, dans des étapes successives mais non simultanées. Dans la pratique en clinique transculturelle, on s'interroge sur la question du dedans et du dehors et sur leur interaction, le dehors étant "la culture au sens anthropologique" et le dedans "le fonctionnement psychique de l'individu", (Moro, De La Noe & Mouchenik, 2004, p. 159)

Les travaux de recherche sur les migrants et leurs enfants en France, par Moro et ses collaborateurs décrivent très bien l'utilité de cette pensée complémentaire dans le travail clinique, travail riche qui prend en compte la nuance et la complexité de certaines situations de soins (Moro & Baubet, 2003; Moro, De La Noe & Mouchenik, 2004; Moro, 2002; Rousseau, Measham & Moro, 2011).

Cela s'applique également à la situation de dépistage des difficultés psychologiques, qui est une rencontre entre un clinicien et un patient, dans ce cas précis de la recherche, entre deux cultures différentes. Les modalités d'expression de la pathologie doivent nécessairement être prises en compte pour éviter une pensée dichotomique organisée en monde de catégories. Cela implique de prendre en compte dans la démarche de dépistage, les nuances, complexité inhérente à la différence de perception. Les différences ne peuvent être simplifiées mais au contraire elles doivent être prises en compte pour en saisir les contrastes et adapter un système de perception.

Sur les terrains humanitaires, la recherche qualitative est précieuse quant aux informations qui peuvent être collectées. Ces recherches sont souvent associées à une durée nécessairement longue mais ces 10 dernières années, des méthodologies ont été développées et ont démontrées leur efficacité dans la production de données utiles à la mise en place de dispositif sur le terrain (Bolton & Tang, 2004; Folmar & Palmes, 2009). Dans ce contexte, la recherche princeps qualitative a permis de donner notamment un sens aux perceptions des difficultés psychologiques chez les jeunes enfants.

b. Méthode quantitative et validation transculturelle

Lorsque que l'on parle de validation d'un outil de dépistage, on entend tester l'outil afin de vérifier ses qualités psychométriques et parfois ses qualités cliniques dans une population définie au préalable. Lorsque qu'à cette étape, on y ajoute le terme « transculturelle », cela suppose que l'on cherche à vérifier la possibilité d'utiliser cet outil dans différents contextes et langues. L'outil ne peut être mis en place sur le terrain que si « celui-ci est valide et fiable », (Marcelli & Cohen, 2009, p. 22).

La méthode quantitative a été mise en place afin de vérifier à la fois les deux propriétés, psychométriques et cliniques, que nous définirons par la suite. En effet dans cette recherche, il est important de mettre l'accent sur l'objectif de la validation. L'outil qui va être présenté est un outil à utilisation clinique, c'est-à-dire une orientation des enfants présentant des signes de difficultés pour une orientation vers un spécialiste (psychologue ou psychiatre).

Plusieurs étapes sont nécessaires lors d'une validation transculturelle. Caron en définit trois nécessaires (Caron, 2002). La première consiste en la traduction rigoureuse de l'outil ainsi que la vérification de son équivalence. La deuxième étape concerne la validité de

l'instrument, contenu, concomitante et de construction) ainsi que la fidélité de l'outil et la troisième l'adaptation de l'outil au contexte culturel (Baubet & Moro, 2009).

De nos jours, il n'existe pas de consensus international quant à la meilleure méthodologie à mettre en place, cela concerne par exemple la taille de l'échantillon, le choix du gold standard. La méthodologie présentée sera celle utilisée lors de cette recherche, qui paraissait la plus rigoureuse. Nous présenterons les différentes étapes de manière chronologique.

Traduction et adaptation

La traduction des items dans des contextes différents est un travail délicat et qui pose de nombreuses questions (Bravo, Canino, Rubio-Stipec, & Woodbury, 1991). Traduire uniquement un instrument dans la langue locale ne garantit en aucun cas sa validité et sa fidélité dans un contexte différent.

Plusieurs objectifs sont visés lors de la traduction de l'outil, non seulement le sens mais également l'équivalence de contenu, technique et de concept. "L'appartenance du sujet à un groupe ethnique différent influe sur ses résultats aux différents tests en clinique" (Le Du, 2003). Une grande documentation existe révélant « les difficultés qu'engendrent l'utilisation des instruments d'évaluation dans un contexte culturel différent de celui dans lequel ils ont été construits ». Flaherty montrent que pour assurer l'utilisation correcte d'un instrument diagnostique dans un nouveau contexte culturel, il est indispensable de vérifier l'équivalence de 5 dimensions (Flaherty et al., 1988).

L'équivalence de contenu correspond au contenu de chaque item de l'instrument est pertinent dans les cultures où l'on envisage son utilisation. Cette étape inclut une vérification des items par une équipe de spécialistes de chaque culture, chercheurs (psychologue, anthropologue, pédopsychiatre), ils statuent de la pertinence ou non de chaque item.

L'équivalence sémantique correspond au fait que la signification de chaque item reste la même après traduction de l'outil dans la langue cible. La rétrotraduction est dite la meilleure méthode pour garantir l'équivalence sémantique, traduction de l'échelle dans la langue voulue puis traduction inversée par un autre traducteur dans la langue initiale. Certains auteurs mettent l'accent sur les difficultés d'une telle traduction dans une culture où il n'y a pas de langage écrit (Ionescu, 2000, p. 110).

L'équivalence technique correspond au fait que d'une culture à l'autre les résultats obtenus ne sont pas affectés par des aspects liés directement à la méthode de passation ou d'évaluation utilisée. Dans certaines cultures la méthode papier-crayon n'est pas forcément familière ou par exemple un enquêteur homme interrogeant des femmes dans certains contextes peut par exemple biaiser les données. Il y a besoin d'ajouter également un groupe d'experts familiers des pratiques dans la culture cible. Parfois également cela nécessite de mettre en place une phase pilote sur un petit nombre de sujets, en recueillant les données par deux méthodes différentes (celle par exemple utilisée dans la culture cible et celle de culture étrangère) et étudie ainsi la validité concurrente en comparant les 2 ensembles de données collectées.

L'équivalence de critères correspond à la capacité de l'outil d'évaluer une variable dans deux cultures différentes. Après analyse des données, l'interprétation des résultats devrait être similaire. Cela peut entraîner par exemple des changements de seuil d'orientation ou "score point de coupure" (« cut off »).

Enfin l'équivalence conceptuelle correspond au fait que l'outil mesure le même construit théorique dans chaque culture.

L'objectif d'une adaptation est d'obtenir un outil à la fois valide dans ce contexte, et d'universalité culturelle suffisante pour que son utilisation dans d'autres populations nécessite peu ou pas d'adaptation (moins de 10% des items).

Dans cette recherche, nous avons utilisé une autre méthode de traduction, car la méthode de traduction/rétrotraduction s'est avérée difficile. L'échelle a été traduite par deux traducteurs professionnels indépendamment, à la suite les deux versions ont été confrontées et retravaillées jusqu'à qu'un consensus soit obtenu (van Widenfelt, Treffers, de Beurs, Siebelink, & Koudis, 2005). Dans cette recherche, pour garantir également la compréhension de chaque item par les participant(e)s, nous avons testé la version finale (le haoussa écrit et parlé étant parfois très différent). Pour chaque mot questionné par les participants ou non compris, la version finale a été revue et adaptée par les deux traducteurs par consensus.

Qualités psychométriques de l'outil : fiabilité de l'outil

La fiabilité renvoie à la notion de « précision de la mesure » (Tourrette & Guedeney, 2012, p 60). La fiabilité montre que l'échelle mesure de la même manière, chaque fois qu'elle est utilisée quels que soient les gens, situations et la période (Myers & Winters, 2002). Elle comprend la fiabilité interjuges, c'est-à-dire par deux juges différents et la fiabilité test/retest, c'est-à-dire répétée dans le temps (par le même juge). Les coefficients les plus utilisés sont le Kappa de Cohen ou le coefficient de corrélation interclasse (ICC), des résultats compris entre 0.70 et 0.80 sont dit correct.

On s'intéresse également à la consistance interne de l'outil, cela reflète « l'homogénéité des items composant chaque dimension d'un instrument », (Tourrette & Guedeney, 2012, page 60). Elle est évaluée en calculant le coefficient de Cronbach, soit sur chacune des dimensions, ou bien en globalité. Il est d'autant plus grand que les items sont très corrélés entre eux. Elle est dite satisfaisante si le coefficient est sup. ou égal à 0.80.

Qualité clinique : validité externe de l'outil

La validité externe, consiste en l'étape de vérification que l'outil mesure réellement ce pour quoi il a été créé et développé. Cette mesure inclut différents types de validité de contenu, critérielle, de construit.

La validité de contenu correspond à la pertinence des choix des items. Cette validité est souvent définie par des experts qui explorent les différents items, soit par dimensions, s'ils en existent plusieurs soit par échelle si elle est unidimensionnelle.

La validité critérielle est obtenue en comparant la mesure obtenue au questionnaire avec celle obtenue avec le gold standard (« mesure référente »). Elle s'évalue par la validité concourante et la validité prédictive. Concourante, en utilisant un gold standard en même temps et en mesurant leur corrélation entre leur score. La validité prédictive, se mesure en aveugle en utilisant les deux outils.

La sensibilité et la spécificité

La sensibilité correspond à la proportion de sujets qui sont correctement détectés ou classés par l'outil. La spécificité mesure la proportion d'individus qui ne présente pas le trouble ou la dimension recherchée et qui sont également classés comme tels par l'outil.

Sensibilité et spécificité sont interdépendantes. Plus une échelle est sensible moins elle est spécifique et inversement. Plus l'outil est sensible, moins il comportera de faux cas et mieux il permettra d'exclure le trouble s'il est négatif. Plus l'outil est spécifique, et moins il comportera de faux négatifs. La sensibilité peut être plus basse que la spécificité pour les outils de dépistage, et plus élevée pour les outils diagnostiques spécifiques.

La courbe de ROC est un système dont l'objectif est de catégoriser des entités en deux groupes distincts sur la base d'une ou plusieurs de leurs caractéristiques. Sa forme graphique représente une courbe qui donne le taux de vrais positifs (correspondant à la sensibilité : fraction des positifs qui sont correctement détectés) en fonction du taux de faux positifs

(fraction des négatifs qui ne sont pas détectés correctement) pour ce même groupe. Plus cette aire est grande, plus la courbe s'écarte de la ligne du classificateur aléatoire et se rapproche du coude du classificateur idéal

La sensibilité et la spécificité doivent en principe être réévaluées pour des populations différentes, d'âge différent, et en particulier après traduction et pour un usage dans un autre pays (Tourrette & Guedeney, 2012, page 66).

Le seuil d'orientation (« cut off ») découle de ces valeurs. Plus celui-ci sera baissé, plus le test sera sensible mais moins spécifique. Cette valeur est variable en fonction de l'utilité que l'on veut faire de la mesure.

Le choix du « cut-off » est une étape cruciale, celui-ci peut être différent selon le contexte d'application. Il permet d'identifier les enfants qui ont besoin d'être orientés pour une évaluation plus approfondie, le choix se base sur la spécificité et sensibilité de l'outil (présentés ci-dessous).

La question du gold standard en recherche transculturelle

Une des étapes importante est le choix du gold standard. Le terme de gold standard peut se définir « comme une norme relativement irréfutable qui constitue une évidence reconnue et acceptée qu'une certaine maladie existe » (Bolton, 2001).

La question de l'utilisation du gold standard dans la validation transculturelle est une question cruciale car la validité externe de l'outil est un point central en termes de validité transculturelle. Cela réfère à la comparaison de l'instrument à un gold standard déjà reconnu comme ayant une validité dans le domaine de la mesure (Bolton, 2001). Dans la majorité des cas, il s'agit de l'utilisation d'un outil déjà connu, dont les qualités psychométriques ont déjà fait l'objet de plusieurs utilisations en tant que mesure dans des populations comparables, ou

bien l'utilisation d'un entretien clinique classique (Hinton et al., 1994; Mollica, Wyshak, Khoun, & Lavelle, 1987).

De nombreux travaux existent aujourd'hui qui entraînent des questionnements intéressants. Bolton (2001) a proposé une méthode dans le cas d'absence de gold standard. Il a travaillé sur les concepts locaux de la psychopathologie, notamment un outil de dépistage de la dépression en le comparant à la conception locale la plus proche de la dépression basé sur les critères du DSMIV (l'outil a lui-même était adapté, en y ajoutant des items). Le critère de validité utilisé était la description par la communauté de ce concept. La comparaison a été faite entre le diagnostic de dépression basée sur l'échelle au concept local reconnu comme similaire à la dépression. Le postulat étant que si l'outil dépistait la dépression et que localement elle était reconnue, alors la relation entre les deux devait être significative (Bolton & Tang, 2004).

La question des dimensions et facteur en transculturel

Les dimensions et/ou facteurs dimensionnels concernent en clinique les différents domaines de la psychopathologie auxquels s'intéressent l'outil. Il n'est pas inattendu lors d'une validation transculturelle d'un outil pluridimensionnel, que celle-ci se modifie en fonction du contexte.

L'analyse factorielle est souvent utilisée pour mieux comprendre la signification des concepts mesurés. On obtient un ou plusieurs groupes d'items avec dans chaque groupe une bonne corrélation entre les items, puis à l'aide d'experts les différents groupes sont identifiés et interprétés en terme de dimensions « cliniquement pertinentes » (Tourette & Guedeney, 2012).

La dimension quantitative dans une validation transculturelle est donc non négligeable car elle permet par le biais d'analyse de certaines composantes de garantir un certain nombre d'équivalence et de donner à la recherche de la rigueur. La traduction seule des items dans la langue cible n'est donc pas suffisante, pour pouvoir le faire il faut d'abord vérifier les qualités psychométriques et cliniques dans différents contextes. « Les aspects très techniques (...) indiquent une diversification importante des procédés utilisables dans la recherche et pratiques ethnopsychopathologiques, notamment par l'introduction de stratégies quantitatives », « sans nier la diversité de l'expression clinique des troubles psychopathologiques, l'approche méthodologique décrite s'inscrit dans la perspective étique qui vise la formulation d'un diagnostic de plus en plus standardisé et mondialement utilisable » (Ionescu, 2000, p. 112). Cette perspective étique, privilégie l'universalité des troubles, l'existence d'invariants cliniques.

III. Objectifs du travail de doctorat

Ce travail de doctorat s'intéresse donc à la problématique du dépistage des difficultés psychologiques chez le jeune enfant dans le contexte particulier des interventions humanitaires. L'objectif principal était de montrer que la création et le développement d'outils simples et rapides, préalablement validés de manière transculturelle, à l'aide d'une méthode rigoureuse, peuvent non seulement identifier de manière rapide les enfants nécessitant de soins psychiques mais également offrir une possibilité d'organiser la structure de soins adaptés sur le terrain.

En contexte humanitaire, les soins psychiques adressés aux jeunes enfants ne sont pas souvent une priorité. Des consultations sont très rapidement organisées pour la prise en charge médicale du patient, mais souvent non prioritaires les soins psychiques ne sont pas

opérationnalisés simultanément. Bien souvent c'est au détour de consultation médicale, au contact des patients, que les soignants se rendent compte de la nécessité, de penser un dispositif de référencement vers des soins appropriés, mais cela reste, il faut le préciser peu fréquent. La reconnaissance de la nécessité est parfois reconnue assez rapidement dans les situations, contextes d'extrême violence, grâce notamment aux publications, communications scientifiques internationales (Bolton & Tang, 2004; de Jong, Komproe, & van Ommeren, 2003; Mueller et al., 2011; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007; Prince et al., 2007; Silove, Ekblad, & Mollica, 2000).

Dans le cas des jeunes enfants, que nous délimiterons aux moins de 6 ans, qui se présentent en consultation médicale, une difficulté s'ajoute, ce sont les parents qui listent les problèmes. Bien souvent, si l'enfant présente des difficultés psychologiques, le médecin, l'infirmière ou même les parents ne s'en rendront pas compte car ils viennent consulter pour un problème médical. L'idée que les jeunes enfants sont moins touchés psychologiquement reste imprégnée dans les discours ainsi que l'idée que l'enfant « s'en remet vite », or les études mettent en avant le contraire, c'est à dire les enfants sont victimes et présentent de difficultés psychologiques tout autant que les adultes (Betancourt & Khan, 2008; Betancourt & Williams, 2008; Elbert et al., 2009; Espié et al., 2009; Jones, 2008; Moss et al., 2006; Murthy & Lakshminarayana, 2006; Neuner, Schauer, Catani, Ruf, & Elbert, 2007). Donc une des questions importante concerne la nécessité de proposer des stratégies adaptées pour aider au dépistage et à l'identification des difficultés psychologiques.

Le travail de recherche du doctorat s'est donc inscrit dans cette problématique, que peut-on proposer de simple et rapide, aux équipes pour pouvoir repérer les besoins et penser les dispositifs de référencement. Ce travail est une réponse possible à une demande de terrain : que faire dans des contextes difficiles pour pouvoir rapidement dépister les enfants ayant besoin de soins psychologiques ?

Dans cette recherche, l'objectif principal était donc de valider de manière transculturelle une échelle de dépistage en se basant sur une conception universelle des difficultés en incluant divers domaines de la psychopathologie de la petite enfance.

Nous présenterons dans un premier temps la création et développement de l'outil de dépistage, puis les étapes de sa validation transculturelle.

Dans le dernier chapitre, nous discuterons les résultats par étape puis dans leur globalité afin de montrer l'impact de telles recherches sur le plan de la santé publique et plus spécifiquement de l'impact de tels outils dans des contextes où souvent la santé mentale n'est pas la priorité.

L'originalité de cette recherche a reposé sur une validation principale dans une langue (haoussa) puis d'avoir testé l'outil dans d'autres contextes sans adaptation autre que la traduction dans la langue locale (en s'assurant de la compréhension des items). Après validation, l'outil est prêt à être utilisé dans différents contextes en s'attelant à traduire les items de manière rigoureuse.

Chapitre 2 : Résultats de la recherche

Ce travail de recherche a été réalisé en plusieurs étapes qui seront successivement présentées sous forme de trois articles, soumis et/ou acceptés. Chaque article représentant une étape de la recherche. Le premier article a été accepté dans la revue *Transcultural Psychiatry* (Marquer, Grais, Moro (2013), *Maternal perception of emotional difficulties of preschool children in a rural area of Niger*). Le deuxième article a été accepté et publié dans la revue *BMC Psychiatry*, (Marquer and al. (2012), *A rapid screening tool for psychological distress in children 3-6 years old: results of a validation study*, *BMC psychiatry* 12:170). Enfin, le troisième article a été soumis à la revue *International Health*, (Marquer and al. (2014), *Screening for psychological difficulties in young children: complementary cross cultural validation*).

L'outil princeps, le QGE (Questionnaire Guide d'Evaluation), utilisé et adapté au cours de la validation transculturelle (renommé PSYCa 3-6, Psychological screening tool for Young Children aged 3 to 6 years old) sera au préalable présenté.

I. Du QGE au PSYCa 3-6

Le QGE est une échelle d'évaluation de la souffrance psychologique chez l'enfant de trois à six ans, créée et développée par Yoram Mouchenik et un comité d'experts non seulement à la pédopsychiatrie mais également à la psychiatrie transculturelle et aux interventions humanitaires (Marie Rose Moro, Thierry Baubet et François Bélanger) à partir de 1999 en Macédoine, suite à l'expression d'un besoin par des médecins non spécialistes sur un terrain d'intervention MSF France. En effet, l'équipe soignante a été confrontée à la présence d'enfants jeunes et ne savait pas comment repérer ceux nécessitant des soins

psychologiques. Cet outil a donc été développé pour aider la mise en place de la consultation destinée aux enfants. Son contenu a été affiné et amélioré au fil de son utilisation dans les années qui ont suivi (Mouchenik et al., 2010; Mouchenik & al. 2007; Mouchenik & Bellanger, 2003; Mouchenik, Baubet, Belanger, Godain & Moro, 2001).

Cette échelle est basée sur la sémiologie du développement et des troubles de l'enfance. L'hypothèse de ce travail repose sur l'universalité des difficultés psychologiques chez le jeune enfant, difficultés souvent méconnues et qui peuvent s'exprimer différemment dans différents contextes en fonction de facteurs culturels. Cet outil a été construit sur la base du repérage de difficultés et non de l'établissement d'un diagnostic ce qui nous situe hors du débat actuel des classifications diagnostiques.

Le QGE est donc une échelle d'évaluation des difficultés psychologiques chez l'enfant de trois à six ans, administrable par des non spécialistes. C'est un questionnaire d'hétéro évaluation, destiné à mettre en évidence des informations empiriques observables. C'est un outil indicatif, de dépistage et d'orientation. Il est complété par un enquêteur, non spécialiste en psychologie de l'enfant, par l'intermédiaire de questions posées aux parents ou la personne en charge de l'enfant. Son objectif est d'évaluer le statut psychologique de l'enfant entre trois et six ans. Son intérêt réside par ailleurs dans sa capacité à détecter les troubles psychotraumatiques qui sont absents des autres échelles généralistes.

Le QGE comporte trois parties indépendantes, des informations générales concernant les éléments sociodémographiques de l'enfant, son histoire sociale et familiale et sa situation familiale actuelle, une liste de comportements observables côtés de 0 à 2 selon leur intensité, construits suivant sept dimensions indicatives: troubles anxieux, phobiques et obsessionnels, dépression, troubles instrumentaux et cognitifs, troubles du comportement, plaintes psychosomatiques et état de stress post traumatique (à compléter si un traumatisme peut être

mis en évidence, ayant généré un changement notable chez l'enfant) et enfin les informations concernant l'évènement traumatique.

Entre 2004 et 2007 (Mouchenik et al., 2007), une structuration de l'outil et une première validation partielle ont été réalisées auprès d'enfants placés en foyers d'urgence par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) à Paris (France). 52 enfants ont bénéficié d'une double évaluation, utilisant à la fois le QGE et la "Liste des Comportements de l'Enfant" (Mouchenik et al., 2010). La LCE est la version française de la "Child Behaviour Check-list" (CBCL) (Achenbach, 1991; Vermeesch & Fombonne, 1997), échelle d'hétéro évaluation pour enfants la plus utilisée dans la recherche et la pratique clinique. La consistance interne s'est avérée bonne (Alpha de Cronbach variant de 0.79 à 0.88), la fiabilité également (Coefficient de corrélation intra classe de 0.82). La validité critérielle variait selon les interviewers (coefficient de Spearman entre 0.46 et 0.83). Cependant, l'échantillon de 52 enfants était largement trop réduit pour conclure sur la validité de l'échelle. De plus, la validité des concepts de classification en psychiatrie et d'expression de la souffrance dans des cultures différentes reste un problème majeur dans l'utilisation d'un même outil dans des populations diverses. Par ailleurs, étant donné l'importance du langage dans l'expression des symptômes, la traduction de l'instrument doit être très rigoureuse et suivre des techniques standardisées.

Au cours de la validation transculturelle que j'ai menée avec l'aide de l'Université Paris 13 (Yoram Mouchenik, créateur du QGE, qui l'a fait évoluer et qui a participé très activement à la construction du PSYCa 3-6 et Thierry Baubet), d'Epicentre (Rebecca F. Grais), de Médecins Sans Frontières et Université Paris 5 (Marie Rose Moro), de l'Unité 669 de l'Inserm (Bruno Falissard, Caroline Barry), le nombre d'items du QGE a été réduit, et l'échelle a été renommée PSYCa 3-6 (Psychological screening tool for Young Children aged 3 to 6 years old).

Passage du QGE au PSYCa 3-6, réduction des items de 40 à 22 items

Par souci de maniabilité sur le terrain, le questionnaire devait permettre une passation brève. Nous avons donc procédé à une réduction du QGE, par sélection des items en fonction d'arguments à la fois psychométriques et cliniques, lors de l'analyse des résultats de la validation principale au Niger. L'intérêt des items dans cette population et dans d'autres a été pris en compte ainsi que le nombre d'items recouvrant le même domaine clinique. Au niveau des qualités psychométriques, l'effet plancher, la redondance, la fidélité inter juges et la validité concourante ont été étudiés. Finalement nous avons obtenu un outil incluant 22 items.

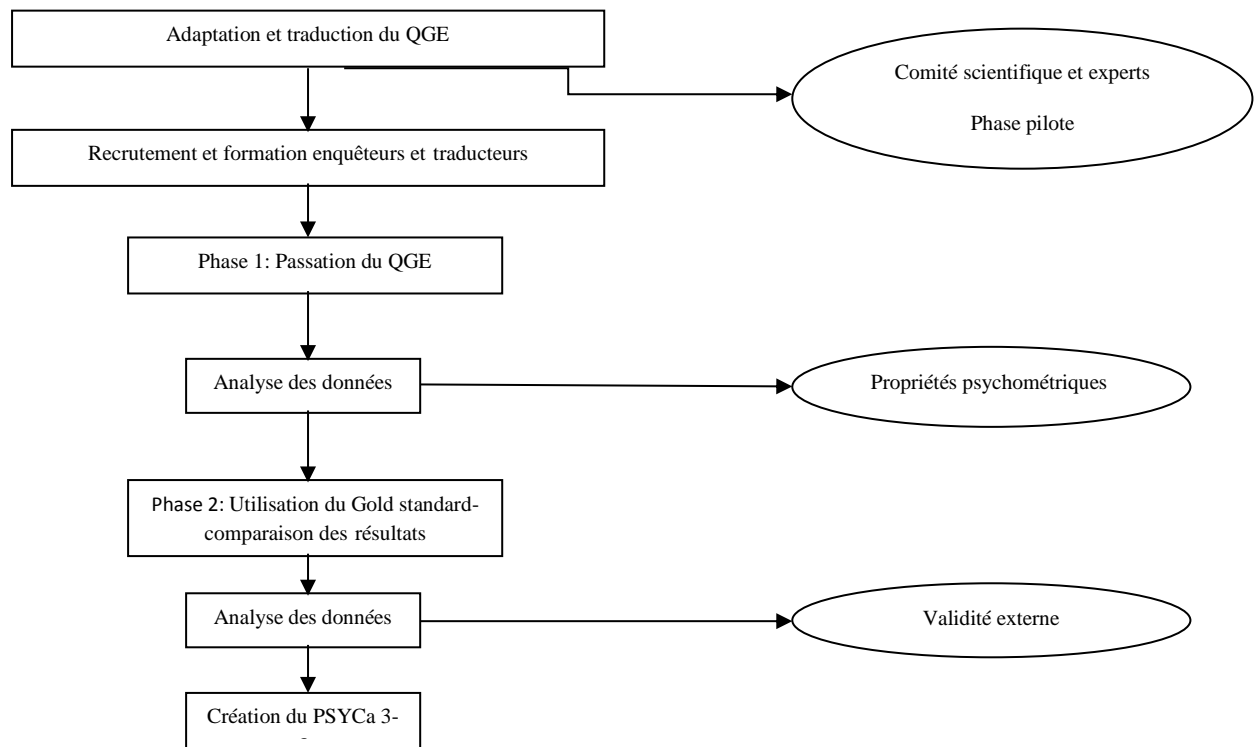
Le deuxième article publié tient compte des résultats obtenus pour la version réduite, le PSYCa 3-6. Les validations complémentaires (articles 3) ont été mise en place avec le PSYCa 3-6.

II. Présentation des articles

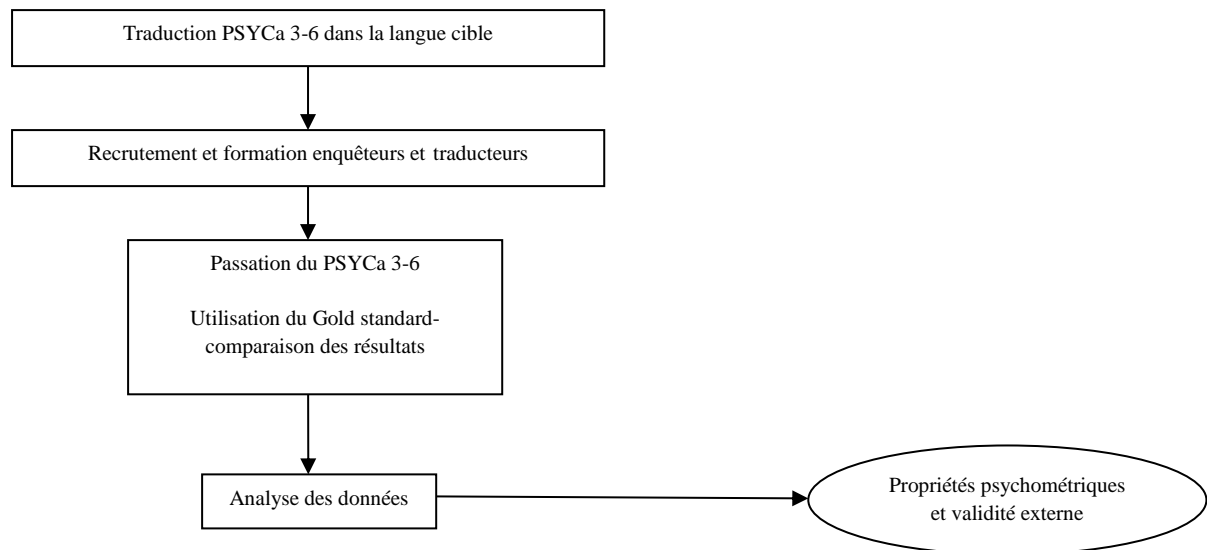
1. Présentation générale de la recherche (Organisation de la recherche et méthodologie globale)

a. Flow chart recherche

Validation principale : Niger (langue cible Haoussa)



Validation complémentaires : Colombie et Kenya (langues cible Espagnol et Kiswahili)



b. Méthodologie

Population cible

La population ciblée a inclut des enfants âgés de 3 à 6 ans (36 à 72 mois) en population générale accompagnés de leur mère, père ou leur tuteur légal.

Echantillon

Le recrutement des enfants s'est réalisé directement sur le terrain. Pour le Niger, les sites ont été choisis de façon aléatoire, sélection proportionnelle à la taille de la population des villes ou villages. Pour le Kenya et la Colombie, les quartiers et villages ont été sélectionnés en fonction des possibilités d'accès liés aux consignes sécuritaires. Pour chaque lieu, l'équipe de recherche se déplaçait dans les villages, quartiers choisis et faisait du porte à porte pour proposer la participation à la recherche jusqu'à obtention de l'échantillon d'enfants nécessaires. Deux critères d'exclusion ont été établis, le refus de participation et les enfants

qui présentaient un tableau clinique sévère, un trouble mental visible (une orientation directe vers une consultation psychologique leur était proposée).

Au total, 888 enfants âgés de 3 à 6 ans ont été inclus, 580 pour le projet au Niger et 308 pour les validations complémentaires en Colombie et au Kenya.

Au Niger sur les 255 enfants ayant participé à l'entretien clinique, 31 ont été repérés comme présentant des difficultés psychologiques et orientés. Pour l'analyse des données qualitatives, nous avons analysé 26 de ces entretiens et 26 autres enfants ont été sélectionnés parmi les 224 enfants non orientés. Au total, 52 enfants ont été inclus dans l'analyse qualitative.

En Colombie, sur 109 enfants évalués lors de l'entretien clinique, 8 enfants ont été orientés pour une évaluation complémentaire. Au Kenya, sur 121 enfants évalués, 14 enfants ont été orientés pour une évaluation plus approfondie.

c. Procédures

Recherche qualitative au Niger

Des groupes de discussion avec des mamans d'enfants de 3 à 6 ans et des sages-femmes ont été organisés dans des villages choisis de manière aléatoire. Une première visite était organisée pour rencontrer les autorités, présenter le projet et demander leur accord. Une deuxième visite était alors planifiée, les femmes ayant été prévenues en avance de la venue de l'équipe de recherche (traductrice et psychologue). Par la suite, des femmes participant au groupe ont été identifiées comme des personnes clefs, on leur a proposé des entretiens individuels. A la fin des groupes ou de l'entretien individuel, nous demandions

également aux femmes si elles connaissaient des personnes dans leur entourage qui pourraient être intéressées de participer.

Les groupes de discussion nous ont permis de recueillir des informations générales, informations qui nous ont permis de développer le guide d'entretien pour la suite de la collecte de données.

Lors des entretiens individuels, la première question : « Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il eu des difficultés particulières ? ». Cette question a été rapidement ajoutée afin de différencier les problèmes médicaux des difficultés psychologiques, car les mamans plus sensibilisées au problème médical et consultant avec leur enfant dans les centres de santé, avaient tendance à identifier les problèmes médicaux d'avantage comme par exemple la fièvre, les maux de ventre, les vomissements. Commencer l'entretien par cette question nous permettait non seulement d'expliquer à la mère par des exemples précis notre problématique de recherche mais également de recueillir des informations concernant l'anamnèse de l'enfant. Ensuite, nous explorions avec la maman les principaux domaines tels que le sommeil, séparation (anxiété), pairs, relation aux autres, langage, marche, propreté, les événements potentiellement traumatique auquel l'enfant aurait pu être confronté, ainsi que son comportement dans la famille et à l'extérieur (avec ses pairs et d'autres adultes).

Adaptation (Niger)

L'adaptation du QGE pour la validation au Niger s'est faite en plusieurs étapes. Premièrement la relecture à Paris du questionnaire par plusieurs pédopsychiatres, psychiatres ainsi qu'un anthropologue, psychologue clinicien. Au Niger, une lecture du questionnaire a été proposée à un anthropologue à Niamey, ayant une connaissance de la culture Haoussa, ainsi qu'un psychiatre, socio-anthropologue et pédiatre Nigérien. Par la suite, cette version a

été présentée sur le terrain, à des groupes de personnes regroupant des informants clefs, des mères, des soignants. La pertinence et la formulation de chaque question a été évaluée.

L'outil, dans sa version initiale, a été adapté au début du projet, la réduction d'items a été opérée à la fin de la validation principale au Niger. Cette version a été utilisée pour la suite du projet intégrant les deux validations complémentaires.

Traduction

Dans chaque pays de validation, l'outil a été préalablement traduit dans la langue cible par des traducteurs indépendants. La validation principale a eu lieu en langue haoussa dans la région de Maradi (Niger), les deux validations complémentaires ont eu lieu respectivement en espagnol à Buenaventura (Colombie) et en kiswahili à Matharé, Nairobi (Kenya).

Comité éthique

Chaque protocole de validation a été soumis au comité éthique dans le pays de validation (Comité National d'Ethique, Niger ; Comité d'éthique « Universidad de los Andes », Colombie ; Comité d'éthique «Kenya Medical Research Institute» (KEMRI), Kenya) ainsi qu'en France (CPP, Comité de Protection des Personnes, Ile de France XI).

Pour chaque participant, une lettre d'information a été donnée (ou directement lue au participant) et un consentement éclairé signé. Chaque enfant présentant des signes de difficultés psychologiques a été référé de manière appropriée et gratuitement. En fin de recherche, l'échelle a été rendue publique.

d. Choix des pays de validation

Critères

Le choix des différentes populations incluent dans la validation transculturelle a reposé sur différents critères : le contexte et la langue de validation, des discussions avec MSF France à Paris, l'accessibilité sur le terrain à une population d'enfants âgés de 3 à 6 ans et la question de l'exposition de l'enfant à des événements potentiellement traumatique.

L'évaluation dans des contextes divers était essentielle pour vérifier la capacité de l'outil à dépister les enfants présentant des difficultés. Le choix de langue était crucial afin non seulement d'assurer l'équivalence sémantique lors de la traduction mais également la possibilité de la diffusion à grande échelle de l'outil après validation.

Le PSYCa 3-6 devait certes mettre en évidence les enfants présentant des signes de difficultés, mais également reconnaître les enfants ne présentant pas de difficultés psychologiques.

Présentation des pays

Le Niger est situé en Afrique de l'Ouest, la région de Maradi dans la partie sahélienne du pays, au Sud. La population est principalement haoussa. Maradi est la seule grande ville de la région, en milieu rural elle se distribue en villages de petite taille.

En haoussa au Niger, nous avons pu nous reposer sur des spécialistes de cette langue et de la culture (notamment pouvant nous aider à travailler sur l'expression de la souffrance sur le terrain). Par ailleurs, non négligeable le haoussa est parlé par plus de 50 millions de personnes, en faisant une des langues la plus largement partagée en Afrique. Le travail en

partenariat avec le Programme National de Santé Mental, le ministère de la santé, la direction générale et régionale de la santé publique permettait une diffusion de l'outil après validation.

La Colombie est située en Amérique du Sud. Buenaventura est une ville portuaire dans le département de la Valle de Cauca, port principal de l'océan pacifique. La population y est estimée entre 400 et 450 000 habitants, population afro-colombienne prédominante. La ville est affectée par un haut niveau de pauvreté et violence.

Le Kenya est situé en Afrique de l'Est. Matharé est un ensemble de bidonville situé dans Nairobi, dont la population est estimée à 500 000 personnes.

Concernant les validations complémentaires (Colombie et Kenya), lors de la recherche nous avons pu également nous reposer sur des experts nationaux et internationaux. L'espagnol est partagé par plus de 400 millions de personnes dans le monde et le swahili par plus de 40 millions de personnes. Pour ces deux pays, nous avons également considéré le contexte, les enfants y sont très jeunes confrontés à un niveau de violence élevé. Le PSYCa 3-6 intégrant également une composante traumatique, nous souhaitons la tester dans des contextes où les enfants pouvaient avoir potentiellement été confrontés à des événements violents. Nous avons choisis des quartiers défavorisés, dont le niveau de violence était élevé. Leur accès y a été possible du fait de la présence et reconnaissance du travail de Médecins Sans Frontières sur le terrain.

2. Présentation des articles

Le premier article présente les résultats de la recherche qualitative mise en place lors de la validation principale au Niger.

a. Perception maternelle des difficultés émotionnelles des enfants d'âge préscolaire en milieu rural au Niger

La recherche qualitative a été développée et mise en place en amont de la validation de l'outil. A notre connaissance, il n'existait pas de recherches concernant la psychopathologie du jeune enfant haoussa à Maradi. Elle a permis de collecter des informations essentielles concernant la perception des difficultés psychologiques chez le jeune enfant. Bien qu'universelles, leur perception et leur représentation dans des cultures différentes pouvaient différer.

L'objectif était premièrement de recueillir des données sur le contexte, deuxièmement des données utiles au psychologue lors des entretiens individuels avec les mères, afin d'éviter la prise en compte d'éléments de la vie quotidienne liés à la représentation que les adultes ont de l'enfant comme de possibles difficultés psychopathologiques. Cette recherche s'est également poursuivie tout au long de la validation transculturelle.

Cette recherche qualitative a intégré différents volets; des éléments concernant les étapes de développement importantes identifiées par les mères, la constellation familiale, les difficultés psychologiques perçues par la communauté et les mères, les orientations possible en cas de difficultés. Du fait de la nécessaire concision des données lors de publication dans des revues à comité de lecture, nous n'avons pas pu présenter la totalité des résultats qualitatifs. Nous avons centré cet article sur la perception des difficultés émotionnelles essentiellement dans une perspective maternelle. Cependant, d'autres données ont été recueillies, que nous avons, pour certaines, insérées dans la discussion générale.

Article 1

Marquer, C., Grais, R.F., Moro, M.R., *Maternal perception of emotional difficulties of preschool children in a rural area of Niger*, accepté par Transcultural Psychiatry

Abstract

Objectives: Addressing the mental health care need of infants and young children is often greatly limited in low-resource settings. The purpose of this study was to describe maternal perception of emotional difficulties of preschool children in rural Niger (Maradi region). In this context, both mental health awareness and services were scarce. **Methods:** This research was part of a larger cross-cultural validation study of a screening tool for psychological difficulties in children aged 3 to 6 years old (Psychological screening tool for Young children aged 3 to 6 years old, PSYCa 3-6). Data collection included group discussion and individual interviews. **Results:** Between November 2009 and July 2010, 10 group interviews and 83 individual interviews were conducted. The main results highlight mothers' perceptions as they relate to their hesitancy to identify difficulties. Sleep difficulties were considered sensitive by the mothers and were used often as an entry point for further discussion. Peer and sibling relationships, separation anxiety, and experiencing a difficult event were also described. **Conclusion** Identification of mothers' perceptions of children's main difficulties through a mixed method approach, adapted to the context, shows promising results to inform interventions to provide appropriate care for children in need.

Key words young children, perception, identification, community, psychological difficulties, humanitarian, qualitative research

Introduction

Although addressing mental health needs in low-resource or humanitarian contexts, defined as ongoing or chronic interspersed armed conflicts or natural disasters, is a public health imperative as children in need often remain without appropriate care (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007; Prince et al., 2007).

Children's mental health research in low-resource contexts is a relatively new field (Flaherty et al., 1988; Jordans, Ventevogel, Komproe & Tol, 2008; Lagunju, Bella-Awusah, Takon & Omigbodun, 2012; Mollica et al., 2004; Jordans, Komproe, Tol & De Jong, 2009). The lack of such research in low and middle income countries is a barrier to providing evidence-based appropriate care to young children care, even more for preschool children, who remain among the most vulnerable (Kohrt et al., 2011; Leckman & Leventhal, 2008; Patel, Flisher, Nikapota, & Malhotra, 2008). This may contribute to the lack of cross-culturally validated tools for identification of psychological difficulties, which would facilitate care provision (Gureje & Alem, 2000; Jacob, 2001; Kigozi, Ssebunnza, Kizza, Cooper & Ndyabangi, 2008).

The detection of such difficulties is important not only for providing care but also because such difficulties, if left unscreened can lead to life-long social and psychiatric problems (Parker & Asher, 2012). There is little debate that early detection of children at risk of psychological difficulties both facilitates their care and improves outcomes (Mash & Dozois, 1996; Ringeisen, Oliver, & Menvielle, 2002).

To date, development and implementation of mental health care for infants and young children in humanitarian contexts is also limited. The lack of validated tools to identify children, which are, easy and quick to administer by non-professionals, contribute to the

evaluation and referral difficulties for children in need (Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004; Egger & Angold, 2006).

However, the complexity of cross-cultural research includes inherent difficulties such as linguistic diversity, cultural sensitivity, concept equivalence and measurement validity. These difficulties also contribute to the paucity of research. One way to improve the quality of cross-cultural studies and to ensure that the findings are culturally relevant and accurate is through a combination of qualitative and quantitative methods (Bolton & Weiss, 2001). We implemented a cross-cultural validation of a screening tool for young children (PSYCa 3-6) in several contexts; this study showed promising results, allowing quick identification of children in need by non-professionals. The cross cultural validation of the tool took place in Niger, Colombia and Kenya (Marquer et al., 2012).

Prior to the quantitative validation, implementation of qualitative research is important to understand how emotional difficulties are perceived and identified locally (Jorm, 2000). The purpose of this study was to describe mothers' perceptions of emotional difficulties, including their definition, experience and identification of such difficulties, as well as practices, beliefs and expectations linked to child development (Bhui, Mohamud, Warfa, Craig, & Stansfeld, 2003; Canino & Alegria, 2008; Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003; Dybdahl & Hundeide, 1998; Moro MR, 2004; Osofsky, 1999). , and. Identifying difficulties in young children includes not only the children themselves but also their environment (social, family, cultural), as child development cannot be restricted to one dimension (Goodman et al., 2012; Larsson & Granhag, 2005; Marans & Adelman, 1997). (LeVine & al., 1994; Quinn, 2005).

Here, rather than providing an overview of the specific difficulties identified, we provide information on the local maternal perception of emotional difficulties with the aim of using

this information to improve care provision. To our knowledge, there was no prior psychological study implemented concerning children under the age of 6 years in this context.

Methods

Presentation of the tool

This qualitative research is part of a larger study concerning a cross cultural validation of a screening tool for young children aged 3 to 6 years old (PSYCa 3-6) in humanitarian contexts of which quantitative results have been published previously (Marquer et al., 2012). The PSYCa 3-6 (Psychological Screening tool for Young Children aged 3 to 6 years old) is a screening tool with 22 items including several domains.

Focus group and individual interviews

Although poorly documented, the population of Niger is estimated to be 14 million. The region of Maradi is located in the southeast of Niger. The region is rural with the capital, the city of Maradi, at the center of the region. Prior to the study, a comprehensive information and awareness campaign was conducted to inform the population about the aims and objectives. The study team, including a clinical psychologist (trained in cross-cultural psychiatry and qualitative research) and a translator (Hausa-French) organized introductory meetings with local village elders and chiefs to present the research before study implementation. Inclusion of mothers and key informants (primarily midwives and elders) in both group and individual interviews was voluntary. Mothers were selected randomly using cluster based sampling, a standard approach in settings without an adequate sampling frame.

Group discussions included mothers with children of any age under 18 years (groups of 8 to 10). Individual interviews targeted: mothers of children aged 3 to 6 years, mothers identified within the group discussions as key informants; and mothers who were administered the tool

and which score identified their child as presenting difficulties within the larger research study. Group discussions were implemented first to gather general information concerning beliefs and expectations towards a child and perception of difficulties. . Second, individual interviews were implemented to explore difficulties at the family level. The child's environment (family, social, cultural) was explored from birth to 6 years old. Third, several meetings were organized with psychiatrists and anthropologists, health care staff of the hospitals in Niamey and Maradi to define a child's environment, psychopathology and perception, based on ICD 10 classification.

. In total, 10 group discussions with key informants and 83 individual interviews were conducted from November 2009 to July 2010. The individual interviews for this report were selected as they contained illustrative examples.

Data collection and analysis

Our primary interest focused on mother's identification and description of the child and perception of a difficulty. Data collection was implemented until saturation of information was obtained.

The initial question of the interview was “since your child was born, did you have any specific worries concerning his behaviour, medical, other? “. This question was used to avoid defining a difficulty as emotional when it was associated with a medical condition, as in such contexts, there are many and frequent pediatric illnesses which remain untreated due to scarce or inexistent access to care. A semi-structured interview was developed using information collected during group discussions. Interviews began with general socio-demographic questions concerning the child (for example age, sex, number of siblings) and subsequently became more specific. Next, we explored the child's environment (family and friends) and daily activities. If a behavior was pointed as different compared to other children of the same

age, the mother was asked to describe the behavior. We explored several domains of behaviours and emotion including sleep, separation anxiety, externalizing behavior, internalizing behavior, peer and siblings relationship, trauma or difficult event, feeding difficulties and expressive language difficulties.

All focus group and individual interviews were recorded and field notes taken, a Hausa/French translator participated. All material was edited and organized into distinct themes aiming to gather information until convergence was reached.

Ethical Considerations

Ethics approval was sought from the National Consultative Ethics Committee of Niger, Ministry of Public Health of Niger and the Committee for the Protection of Persons (CPP) Ile de France XI. At the village level, approval for qualitative research with community members was obtained from local village elders and chiefs prior to implementation. All participants participated after informed consent and received care free of charge if indicated provided by a trained mental health professional working with the Ministry of Health of Niger and Medecins sans Frontieres that was provided either at home or in a health structure depending on the preference of the mother. No ethnic or identifying information was encoded. All data were placed in a safe and locked place after completion of interviews with only the principal investigator (CM) having access. All childrens and mothers names are false to ensure confidentiality.

RESULTS

Formative data collection on weaning and community expectations

Although weaning precedes the preschool period of interest here, this period of life emerged frequently in interviews as a critical milestone related to empowerment. Weaning takes place

between 15 to 24 months. In the past, the first child was entrusted to grandmothers during weaning, from 3 to 4 months and up to 1 year. At the time of this study, this practice seems to be disappearing; mothers said “ I prefer to wean my child myself nowadays”, “ I don’t want any more to be separate from my child for weaning” , “ I’m using modern techniques such as using plaster on the breast” , “ pepper” , to “ disgust the child from the breast” . During the first day of weaning, a special herbs concoction is given to the child, as described by the mothers and used “ to give the child appetite”. To help weaning, the woman stated that it is important “to prepare the child since birth”. During breast-feeding, the child is often in the arms of the mother, who is seated and not lying down as this “ could avoid, prevent the weaning”. The child could get used to lying down, and he could associate lying down with breast-feeding.

Once weaned, the child is considered as “empowered” and then joins their siblings’ at night in their bed. The mother continues to monitor the child until they can fully take care of themselves, and for example, “he is eating well in the family plate, looking during the meal how he eats until the time that I will be sure that he knows how to feed himself”.

In the first year of life, there is a notion of protection of young children “we protect the children”, “they are vulnerable as they don’t speak or walk”.

Community expectations

The child’s environment (family, social) described by the mothers includes “obedience, work and help in the household”, all of which perceived as positive values. “Obey” adults, “sleep well” and “eat well” is to be “in good health” for a child. Withdrawal behavior is related to “be sick”, “to have fever”, “if my child withdraws I know he is sick”.

A child who is too demanding is perceived as a “child who doesn’t like to be refused something, he will cry a lot, he will stand somewhere until he has what he wants”, “it’s important that the child obey me”, “otherwise he will become a child that doesn’t listen”, “a child who will decide what he wants to do” . . .

To “fight back” is also important. When a child kicks back another child in the midst of play fighting, it is valued. Laoualis’ mothers described him as “He is calm, really calm, it hurts me when another child kicks him and he doesn’t kick back”. Fighter is often used in juxtaposition to shy, *shuru shuru*. The mother continued saying “Laouali has a good character if I ask him to stop doing something, he will”, “if you send a child to buy something he will go”, “he is patient”, “he doesn’t fight”.

Local perception of difficulties

In order to understand local maternal perceptions of difficulties, we focused first on overall perceptions concerning difficulties, whether potentially emotional in nature or otherwise. The mothers often associated difficulties to “a child with fever”, “a child who is sick”, “a child who is going to a health center”, “a child who has fever, malaria, pain in the stomach”. A child identified with difficulties is often explained by the mother as “physically sick”, “cries a lot”, “screams”, “aggressive”. A medical condition is often the first assumption. A child who is crying a lot defined as “more than the other children”, has “consequences” on the daily activities of the mother, he requests “more attention”, mothers said “that often it’s a child that still has to sleep with them, even when he will be older”.

During group interviews, most of the interviewees perceived the young child as passive with his environment, meaning that due to his young age he cannot understand the same things than as an adult. For example, “a child is too small (to present psychological difficulties), “he can’t understand, he can’t talk, he can’t have problems, unless he has malaria, diarrhoea or

fever”, “ he is always with his mother ” perceived as a protection. Unless the difficulty was visible such “as a child who is crying a lot and disturb the others”, “compared to his brother he is different, he is really aggressive”, difficulties were not immediately mentioned. The perception of a difficulty was more often associated with a medical condition.

Subsequent interviews also highlighted the need ensure that medical issues and expected developmental steps were differentiated from psychological difficulties. As a result, we modified the progression during individual interviews to separate medical conditions from others and asked mothers to describe anything different between this child and other children of the same age. We found that over the course of several interviews that ensuring discussion of sleep disturbances including nightmares and fears, facilitated access to others specific perception of difficulties.

As we gathered general information, and differentiated medical and psychological difficulties, we explored the primary causes identified as leading to potential psychological difficulties for the child. Three main reasons were shared across different groups of mothers “when the mother and the father are from the same family (for example two cousins) ”, “the child who doesn’t talk but understands”, “the child who stammers”.

The following provides a description of each of the domains investigated in detail.

Addressing psychological difficulties

Sleep difficulties

Based on the group interviews, nighttime appeared an interesting way to enter in the domain of emotional difficulties. Exploration of night was often associated to cries, withdrawal, and separation difficulties. Generally, night was perceived as the “spirits domain”, described as “ white and black ” respectively pointed as “good and bad”, place of possible “attacks”.

Most of the time, if sleep is disturbed, the child is not asked to explain what he “dreamt”, “saw”, “what was scaring him”. “A child is not asked because he can’t know”. Fear is one of the main reasons described by the mother to explain sleep disturbances, “frequent waking up”.

Iro, 4 years old, “he sleeps well but sometimes, when he got out of the household during the day and he saw something that frightened him, in the night he cries a lot, saying what he saw”, “even sometimes he refuses to go to bed”. His mother added “in fact it’s as if there is always something that makes him feel afraid”, “he reacts always to noise like if someone “slam his hands”, or with “household normal noises”, “he startles”. This behaviour seemed to have started when her son started growing”, “after weaning him, in his second year, when he started differentiating things”. The mothers started the interview describing this behavior as recent, but finally through the story of the child we realized that it was present since 2 years. The mothers continued describing the periodicity of waking up startling or crying, “every week, 2 to 3 times per week”. “When he wakes up, he can’t be console”, “he just cries a lot and doesn’t say anything, he usually cries 1 hour and half or two until he is tired and go back to sleep”.

Mamani, 4 ½, his mother identified difficulties . using specific periods of child development. For example, for Mamani, her mother instead of providing an age identified for when the behavior started she used the fact that she was still carrying her on her back as a point of reference. This can be understood then that this behavior started a few years prior. In the region of Maradi, children are carried on the backs of their mothers until weaning (between 15 to 24 months) “Since I hold her on my back, she wakes up, crying and startling, and up to now she is doing it, we can’t sleep, she wakes up everybody in the household”, “when she starts nobody can sleep”, “each night”, “I used some traditional fumigation but it doesn’t work”, “Mamani is scared

of something”, “I don’t know what happened on my back at that time”. The difficulties associated by the mother are weight loss, and even fever. She consulted a doctor who prescribed a treatment. But the mother associated physical symptoms to “the difficulty during the night”

Samir, almost 4 years old, “ he falls asleep, then he wakes up during the night, crying, as if he was afraid of something, every two days ”, “as if he was keeping something in his heart, it’s during the night that he is doing the dream”. “I can’t know what is happening to him”, “when he sleeps it’s as if he was talking, is as if something was opening his eyes on him”. “It’s started when I weaned him”, said the mother, “ when he came back, I have entrusted him, he started doing bad dreams ”.

Separation anxiety difficulties

Separation difficulties were addressed by exploring how a child is perceived when he has difficulties to separate from his mother (or his caretaker). For example, “ he is always with me, he can’t let me go out without him”, “he always need to know where I am”, “she often wakes up during the night to check I’m there”, “once she sees me, she fell again asleep”, “each day, each night”.

Until 2 or 3 years, a child crying a lot when the mother leaves the household, is considered as “normal”, due to his young age. From 3 to 4 years old, it is perceived as a problem if the mother has given birth to another child but is not considered automatically as a difficulty.

Iro, almost 4 years old, “ he is crying a lot when I’m leaving but I will say that is often the case, if I’m in the household or not ”, she added “I will say that he has difficulties to separate from me, he get worried sometimes”, “but I’m not worried, he can be

console by other members of the household”, “but each time I’m leaving, he will start crying for long”.

One of the mother also explain that it is difficult to understand the reason of crying “ I can’t know what she thinks, she is too young to understand, really I can’t know, even the child can’t know what is happening ”.

Behavioural difficulties

Under 6 years old, generally a child who cannot stand still is perceived as “ normal, it’s a child, and all children are the same ”, “ It is childishness, maybe he will stop when he grows up”.

Mamadou, 4 years the mother said “ it’s a child who cannot stand still, even if you ask him, he can’t stop ”. She continued “ for example, when he plays with something as a knife, when I want to take it from him, he run away and smiles, this behaviour he has it with me not with his father. When his sister was born, he got upset, he said that he even did not want to take her in his arms, and that nobody should take her. He said one day, you should give her to someone”.

Nassim, almost 6 years old, his mother described him before as “ calm and obedient ”, now “ he is a child who can’t sit still, he can’t stopped ”. “ I don’t know why, each time we ask him to do something he doesn’t obey ”. “He can threw stones on people”, «we ask him to stop but he doesn’t want”, he is like that with everybody”. “ For me this is god to decide ”, “me I can’t know what happened before, that he changed, I’m blind” (interpreted as she didn’t know if something specific happened to him). “This behaviour started when he had fever, he was lying down and suddenly he woke up startling, and since this moment he is like that. It was during one night he had a lot of

fever. Also now he refuses to do thing, we send him somewhere and he answer why not sending one of my brother”.

Mothers also described some children as more restless than others. Such children were perceived as “different” compared to their siblings or peers, even as “ mad ”. Identification of such children is often linked to a repeated behavior, which is described by the mother as “noisy”, and also “a child who doesn’t interact with other children”. Young children’s “fits of anger ” are often associated with “loud cries”, or to “refuse to obey to an adult”.

Internalizing behavior difficulties

Sadness is associated often with not agreeing, “Yes it can happen, he can be sad, even now, when he doesn’t agree, he get upset and withdraw”. To be sad is also often linked with “not willing to do things”, “he is sad, sometimes he doesn’t want to do things we request him to do. He can stay one hour doing nothing”. The main answer concerning sadness was “ how can a young child be sad ”, “ they don’t know anything”. Sadness is often described when there is a medical condition such as fever, with apathy as the closest meaning.

Peers/sibling relationships

With respect to peer and sibling relationships, mothers described their perceptions of childhood interactions. Children “ decide if yes or no they want to play”, “ he withdraws from his peers if he wants ”, “ most of the time when he does that it’s because he is upset, something happened that disturbed him ”.

Among siblings, when there is a newborn, it is accepted that the youngest child shows signs of jealousy,. “It often doesn’t last for long”, “my son for example refused to sleep with his brothers and sisters, and ask to put the baby aside like that he could sleep with me, then he got used to her, and everything went okay”. Value in the community of sharing between siblings:

food, toys, time “all he found now, he is going to share it with her, even if she is not there, he will keep it for her”.

Witnessing and/or experiencing a difficult event: causes and consequences

Any consequences of having witnessed or experienced a difficult event (such as an accident or death) seemed out of the perception of a child’s environment, “ He is too young to have understood ” as if the child were unable to have a perception “ He was present when the person died, but he can’t recall or remember ”, “ during few weeks she cried a lot, but she didn’t understand what happened to her sister ”.

Any exposure to a potential trauma is not immediately associated with any possible difficulties, but while continuing the interview the mothers could link them.

One of the mothers explained “ my son has called him, asking for him, during several weeks (his older brother died) during the night including often difficulties to sleep ”, “ repeated dreams where he was calling him, talking to him ”, “ I noticed that he has a loss of appetite ”, “ he was crying more ”, “even more when he understood he will not come back”, “with time it has stopped, but it took a long time”. She added “he is too young to understand, I told him that his brother will come back”, “I told him that he is in school, 2 years after his death”. He needs to be to patient “he will understand when he will grow up”.

Generally, the mothers had difficulties discussing death with young children including the perception that “a young child is mentally not structured”. “The child needs to understand by himself that the person will not come back”. They added that the child will discover by himself, around 8 or 10 years old. . Talking to children about a difficult event (such as death), “you can’t do it”, “even if you do the child can’t understand”.

Sanoussi, 6 years old, and his young sister were playing in the household, when suddenly she felt bad. The mother took her to the nearest health center, but she died on the way. “When Sanoussi saw us going out of the household, he cried, “while coming back I told him that his sister had died. They were playing together when the problem arrived”, “ he still talks about her, but it doesn’t bother me”, “ today he avoids to play at the same play he was doing with his sister when it happened. They were playing at a beating play, now he refuses to play at it. If he sees children with knife or object that can hurt someone he says that they shouldn’t play with it, otherwise it will happen the same thing as for his sister”. “For example when he plays with the others, he says to the others you can’t play that because my sister left until now and didn’t come back yet”. During the interviews, the mothers did not seem to associate any feelings of guilt. We could have expected that, as Sanoussi was playing with his sister while she became ill he could feel himself as responsible or having done something wrong to her. What was expressed can be interpreted as closer to worry, “ he is more worried than his siblings since his sister died”. He thinks his sister is not yet back because she was playing with a harmful object. Since this event, Sanoussi is always worried when he sees blood, “for example last time his little sister was bleeding and he thought that she will die”, “ yes he does talk about her, often , and says my sister is dead ”.

Fatima, 5 years old, has two younger siblings that died, the mother said “Fatima cries a lot, and often ask where they are”. She was present at the burial of one of them, and she asked where he was going, “but nobody answered”. The father added, “she saw that the body was buried”, “ today when she talks about that, we tell her that she needs to be patient, until she will be old enough to understand ”. “When she will be 15 years old, she will understand, 12 or 13 she is too young, it is childishness”. Since the death, Fatima “ refuses to eat, we have to oblige her”, “we link it to the death”, “she was

really close to the last one, she was the one holding her on her back during the day and taking care of him”.

Feeding difficulties

When eating difficulties appeared in the mothers’ descriptions, they were often associated with an identified physical condition such as “stomach-ache”, “headache”, or “fever”. Other than a medical condition, the child was identified as “difficult”, “she doesn’t eat”, “she eats rarely”.

A child eats until his “stomach is full”. “For example when I put the food in the common plate, he refuses and he cries, I have to give his part on his own plate for him to eat it”. Selection of food is seen as a “difficult child”, it is a child who needs to be forced to eat”.

A child who eats well, “he eats all he finds, even if it’s bran, he will eat it, if he doesn’t it means he is sick, even a big child can’t do selection of food, it’s not possible here”.

“Eating well” for a child locally means, “to eat everything”. “He eats well, all I prepare he eats, he doesn’t choose”. “He doesn’t make choices”, means that he is not complicated, but most of the time in such contexts the family does not have the choices with respect to food and eat a monotonous diet.

Expressive language difficulties

The difficulties identified were more often related to a delay, or to pronunciation. Stammering was often discussed, describing children as “talking less” or “with difficulties”. But these difficulties, even in children 3 or 4 years old, were not perceived as difficulties but more associated “to the will of the child to speak or not”. For the mothers, it was identified as a difficulty from 5 or 6 years old, before it was often said “it’s a child that takes time to speak”.

Stammering was identified “ he speaks but he stammers”, “he can say few words but with a lot of time”, “he takes time to say something but we can understand what he wants to say”.

Delay or absence of language didn’t seem to be identified as a difficulty, until the age of 6. The mothers did not seek help for stammering in younger children. “Some children take time to talk”, “It’s God who decides”, “he is going to talk”.

Salifou, almost 5 years “ he doesn’t speak; he doesn’t have a good language ”. He started talking during weaning time, but today he just says papa and mama. “He stammers, he is like that, “even his language is not yet mature”, “everyone has his own way to talk”, “he talks with us”, “he takes time but it’s not something that is bothering him”.

Brahima, 5 years old, “ he doesn’t know how to speak, he can say papa and mama ”, “ he can talk but not like a mature child, I understand but not everyone can understand ”. “If I send him buy something, he can do it, he understands all”, “his language is delay”, “people said that it’s someone who don’t know how to speak”.

Amidou, 3 years old, “ he doesn’t speak, if we oblige him to speak he cries, but he understands when we talk to him, when he wants, he talks and we understand him, but if we oblige him, he cries”, “but a child can wait 5 years old to say the first word”.

Discussion

Qualitative research in order to provide a better understanding of mothers’ perceptions of preschool childrens’ potential difficulties is essential to improve mental health services.

Identification of such difficulties in young children in low resource and humanitarian contexts is challenging. This stems from the lack of professionals and mental health facilities as well as from the poor understanding and awareness of the mental health needs of children. In such

contexts, implementation of formative qualitative research offers a way to understand local perceptions and identification of psychological difficulties, and also gather information on how to deliver appropriate care (Bolton & Tang, 2004). Data collection allowing for a better understanding of local concepts of illness provides a way to improve patient health-seeking behavior and to discuss such issues with the population seeking care.

To our knowledge, this is the first study on children's mental health in Maradi (Niger) although some work has addressed children population in Nigeria (Omigbodun & Olatawura, 2008).

Some research has been conducted in Maradi region, focusing on a specific cult called "Bori" (Broustra-Monfouga, 1973; Lombard, 1967; Sullivan, 2005) and on feeding beliefs and practices in the Hausa population and their relationship to malnutrition (Cooper, 2009; Hampshire, Casiday, Kilpatrick, & Panter-Brick, 2009; Jaffré, 1996; Keith, 1991).

Limitations

There are several key limitations to this study. First, the results discussed here derive from only one setting with only one individual interview per caregiver. In mental health interventions and care, the trustful relationship between the caregiver and the professional is essential to access personal information. For example, in such contexts, the mother could have overestimated difficulties with the logic that additional care could be provided by answering a certain way. Conversely, difficulties may have been underestimated fearing that the child could be perceived as different or not having understood that in case of need care would be provided. Talking about psychological difficulties involved personal information and some caregivers may not have felt confident to share information about their children.

We attempted to minimize these potential biases by ensuring that individual interviews were conducted within the home to encourage comfort and avoid the possibility of other adults listening or overhearing. Confidentiality was assured in all interviews and mothers were provided the possibility to stop the interview at any time and were free not to respond to any questions if they felt uncomfortable. Further, an awareness and information campaign was conducted in the region as well a village level in-depth presentation of the study. This was designed to respond to any questions or concerns related to the study and ensure that mothers could feel confident to ask questions at any time if she wished. Finally,

The use of a translator, even if previously trained, could have an effect on translation of exact meaning. Although we tried to avoid this bias by ensuring consistent translation and back-translation to confirm meaning, we cannot exclude this possibility.

Conclusion

Despite these limitations, this qualitative research highlights the importance of understanding maternal or caregiver perceptions (Moro, Radjack, Taieb, Rezzoug & Skandrani, 2014; Bossuroy, Wallon, Jobert, Mesnin & Moro, 2013). Understanding local concepts can improve implementation of medical and mental health care, where access and provision of care is often scarce (Bolton & Weiss, 2001) . This qualitative research approach reinforces the possibility of informative data collection in a short time prior to the design and implementation of psychological interventions in humanitarian settings or before scale-up or first implementation in low resource contexts (Bolton & Tang, 2004).

Acknowledgments

We wish to thank all the persons who accepted to participated, the translator and all the teams involved (MSF France, Epicentre, Ministry of Health in Niamey and Maradi).

Funding

This research was supported by MSF France.

References

- Bhui, K., Mohamud, S., Warfa, N., Craig, T. J., & Stansfeld, S. (2003). Cultural adaptation of mental health measures: improving the quality of clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 184–186. doi:10.1192/02-625
- Bolton, P., & Tang, A. M. (2004). Using Ethnographic Methods in the Selection of Post-Disaster , Mental-Health Interventions, *Prehosp Disaster Med*, 19(1): 97-101.
- Bolton, P.A, & Weiss W.M. (2001). Communicating Across Cultures: Improving Translation to Improve Complex Emergency Program Effectiveness. *Prehospital and Disaster Medicine*, 16(4), 252–256.
- Broustra-Monfouga, J. (1973). Approche ethnopsychiatrique du phénomène de possession. Le Bori de Konni (Niger), étude comparative. *Journal de la Société des Africanistes*, XLIII(2), 197–220.
- Canino, G., & Alegria, M. (2008). Psychiatric diagnosis—is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 237–250. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01854.x.Psychiatric
- Carter, Briggs-Gowan, & Davis. (2004). Assessment of young children’s social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109–134.
- Cooper, B.M.. (2009). Chronic malnutrition and the trope of the bad mother: Reflections on the 2005 crisis in Niger. In *A Not-so Natural Disaster: Niger 2005* (Columbia University., p. 147–170).
- Draguns, J. G., & Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*, 41(7), 755–776. Retrieved from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796702001900>
- Dybdahl, R., & Hundeide, K. (1998). Childhood in the Somali Context: Mothers’ and Children's Ideas about Childhood and Parenthood. *Psychology & Developing Societies*, 10(2), 131–145. doi:10.1177/097133369801000203
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47(3-4), 313–37. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x

- Flaherty, J. A., Moises Gaviria, F., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J. A., & Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The journal of nervous and mental disease*, 176(5), 257–263.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., Meltzer H. (2012). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 534–539. doi:10.1192/bjp.177.6.534
- Gureje, O., & Alem, A. (2000). Mental health policy development in Africa. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78(4), 475–482.
- Hampshire, K., Casiday, R., Kilpatrick, K., & Panter-Brick, C. (2009). The social context of childcare practices and child malnutrition during Niger's recent food crisis. *Disasters*, 33(1), 132–151.
- Jacob, K. S. (2001). Community care for people with mental disorders in developing countries: Problems and possible solutions. *The Br J Psychiatry*, 178(4), 296–298.
- Jaffré, Y. (1996). Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger. *Sciences Sociales et Santé*, 14(1), 41–71.
- Jordans M.J.D, Ventevogel P., Komproe I.H. , Tol W.A., de Jong, J.T.V.M (2008). Development and Validation of the Child Psychosocial Distress Screener in Burundi. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 290–299.
- Jordans, M.J.D, Komproe, I.H., Tol, W.A & De Jong J.T.V.M. (2009). Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 514–523
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British journal of psychiatry*, 177, 396–401. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11059991>
- Keith, N. (1991). *Young child feeding, weaning, and diarrhea illness: practice in a hausa village and educational implications Part I: the ethnographic study* (p. 131).
- Kigozi, F., Ssebunnya, J., Kizza, D., Ndyabangi, S., Green, A., Omar, M., ... Drew, N. (2008). *A situation analysis of the mental health system in Uganda: mental health & poverty project*.
- Kohrt, B. a, Jordans, M. J., Tol, W. a, Luitel, N. P., Maharjan, S. M., & Upadhaya, N. (2011). Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: adapting the Depression Self-Rating Scale and Child PTSD Symptom Scale in Nepal. *BMC psychiatry*, 11(1), 127. doi:10.1186/1471-244X-11-127
- Larsson, A. S., & Granhag, P. A. (2005). Interviewing children with the cognitive interview: assessing the reliability of statements based on observed and imagined events.

- Scandinavian journal of psychology*, 46(1), 49–57. doi:10.1111/j.1467-9450.2005.00434.x
- Leckman, J. F., & Leventhal, B. L. (2008). Editorial: a global perspective on child and adolescent mental health. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(3), 221–5. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01884.x
- LeVine, R. A., & Al. (1996). *Child care and culture Lessons from Africa* (Cambridge., p. 210–213). Melbourne.
- Lombard, J. (1967). Les cultes de possession en Afrique Noire et le Bori Hausa. *Psychopathologie Africaine*, 3(3), 419–439. doi:10.1177/136346156900600115
- Marans, S. , & Adelman, A.. (1997). Experiencing Violence in a Developmental Context. In Guilford Publications (Ed.), *Children in a Violent Society by Joy D. Osofsky* (p. 202–222).
- Marquer, C., Barry, C., Mouchenik, Y., Hustache, S., Djibo, D. M., Manzo, M. L., ... Moro, M.-R. (2012). A rapid screening tool for psychological distress in children 3-6years old: results of a validation study. *BMC psychiatry*, 12(1), 170. doi:10.1186/1471-244X-12-170
- Mash, E. J., & Dozois, A. A. J. (1996). Child psychopathology: A developmental systems perspective. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology . New York: Guilford Press* (pp. 3–62).
- Mollica, Cardozo, Osofsky, Raphael, Ager, & Salama. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, 364, 2058–67.
- Moro MR, H. F. (2004). Children all over the world. In *The International Association of Child and Adolescent Psychiatry Bulletin* (p. 8–19).
- Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. *The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 9(3), 33–49. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10777999>
- Parker, & Asher. (2012). Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102(3), 357–389.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302–13. doi:10.1016/S0140-6736(07)60368-7
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–77. doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Quinn, N. (2005). Universals of child rearing. *Anthropological Theory*, 5(4), 477–516. doi:10.1177/1463499605059233

- Ringeisen, H., Oliver, K. A., & Menvielle, E. (2002). Recognition and treatment of mental disorders in children: Considerations for pediatric health systems. *Pediatric Drugs*, 4(11), 697–703.
- Sullivan, J. (2005). Exploring bori as a site of myth in Hausa culture. *Journal of African Cultural Studies*, 17(2), 271–282. doi:10.1080/13696850500448378

Dans le deuxième article sont présentés les résultats de la validation principale du PSYCa 3-6 dans la région de Maradi au Niger, incluant une population d'enfants Haoussa. Cette validation s'est organisée en deux phases, incluant au total 580 enfants.

b. Validation principale (Niger)

Dans ce deuxième article, nous présentons la validation principale de l'outil. Les résultats de cette première étape ont été essentiels pour la poursuite du projet de recherche.

L'analyse des données s'est réalisée en deux temps. Une première analyse brève entre les deux phases afin d'analyser les qualités psychométriques de l'outil, garantir une cohérence au projet et s'assurer de la pertinence de poursuivre la collecte de données. L'analyse globale s'est faite à la fin de la collecte des données.

Article 2

Marquer C., Barry, C., Mouchenik, Y. Hustache, S., Djibo, D.M., Manzo, M.L., Falissard, B., Révah-Lévy, A., Graiss, R.F., Moro, M.-R. (2012), *A rapid screening tool for psychological distress in children 3-6 years old: results of a validation study*, BMC Psychiatry, 12:170.

Abstract

Background: The mental health needs of young children in humanitarian contexts often remain unaddressed. The lack of a validated, rapid and simple tool for screening combined with few mental health professionals able to accurately diagnose and provide appropriate care mean that young children remain without care. Here, we present the results of the principle cross-cultural validation of the “Psychological Screening for Young Children aged 3 to 6” (PSYCAa3-6). The PSYCa 3-6 is a simple scale for children 3 to 6 years old administered by non-specialists, to screen young children in crises and thereby refer them to care if needed.

Methods: This study was conducted in Maradi, Niger. The scale was translated into Hausa, using corroboration of independent translations. A cross-cultural validation was implemented using quantitative and qualitative methods. A random sample of 580 mothers or caregivers of children 3 to 6 years old were included. The tool was psychometrically examined and diagnostic properties were assessed comparing the PSYCa 3-6 against a clinical interview as the gold standard.

Results: The PSYCa 3-6 Hausa version demonstrated good concurrent validity, as scores correlated with the gold standard and the Clinical Global Impression Severity Scale (CGI-S) [$\rho=0.41$, $p\text{-value}=0.00$]. A reduction procedure was used to reduce the scale from 40 to 22 items. The test-retest reliability of the PSYCa 3-6 was found to be high (ICC 0.81, CI95% [0.68; 0.89]). In our sample, although not the purpose of

this study, approximately 54 of 580 children required subsequent follow-up with a psychologist.

Conclusions: To our knowledge, this is the first validation of a screening scale for children 3 to 6 years old with a cross-cultural validation component, for use in humanitarian contexts. The Hausa version of the PSYCa 3-6 is a reliable and a valuable screening tool for psychological distress. Further studies to replicate our findings and additional validations of the PSYCa 3-6 in other populations may help improve the delivery of mental health care to children.

Background

The mental health needs of young children in humanitarian contexts often remain unaddressed (1–4). During the acute phase of a humanitarian emergency, and in humanitarian contexts in general, psychological care of children may come far down on the list of priorities. The limited number of both local and international medical professionals combined with the relative lack of mental health professionals in these settings also hinders the implementation of mental health activities (5). Further, even when mental health professionals are present, they are rarely specialists in young children. Psychological distress in young children is particularly difficult to evaluate by non-specialists, requiring knowledge of normal child development, as many behaviors are normal at certain ages but not at others. Young children, between 3 and 6 years old, are in a vulnerable psychological period, which can have consequences on the quality of their emotional, cognitive, and physical capacities (6,7). Although the psychological response of children depends on their individual, family, and social environments among many other factors, recognizing the diversity of potential psychological responses is essential to provide appropriate interventions (8–10). The training

and infrastructure needs in children's mental health remain the ultimate goal, but in their absence, tools that help identify children who require further assessment would help to rationalize scarce resources and orient children to care in humanitarian contexts.

The lack of cross-culturally valid instruments, and data about child psychological difficulties, is a public health concern in humanitarian contexts (2,11–14). Although scales exist for general psychological difficulties, none of them concern children aged 3 to 6 years in humanitarian contexts (15–17). Further, before use, screening tools should be cross-culturally validated for specific contexts (11,18–20). Difficulties with mental health assessment include lack of consistent assessment tools for measuring psychological distress, lack of cross-cultural validation research and variation in methods for validity testing and differences in methods of translation (21). Typically, examining mental health cross-culturally involves simply transposing Western assessment tools with no examination of their validity (22). As result, children remain unscreened or evaluated using a scale not designed for either the specificities of childhood psychological distress or the context. The lack of a validated, rapid and simple tool for screening, combined with few mental health professionals able to accurately diagnose and provide appropriate treatment, mean that young children may remain without appropriate care.

In addition, interest in humanitarian settings has focused primarily on trauma rather than other disorders or psychological difficulties (1,12,23–25), adding also that most of such studies were implemented in conflict affected settings. This focus is based on the assumption that exposure to violence frequently entails post-traumatic symptoms (26,27). This premise has been criticized recently, as well as the use of only a post-traumatic scale for screening (11,28). Research addressing the cross-cultural validity of Western diagnostic classification of psychological difficulties in such contexts remains essential to ensure appropriate care is provided (11,29–32). Recent research has shown the importance of tools able to detect and

orient children in need, but has focused on children older than 6 years with an emphasis on post-traumatic stress disorder (22,33–36). In addition to PTSD, recent studies have also shown the importance of addressing depression and anxiety disorders (36).

Our aim was to begin to respond to one of the gaps in addressing the mental health needs of young children in humanitarian contexts. Although there are many valid models of screening, evaluation and care, the need for a simple, rapid screening scale administered by non-specialists would fill one of the many gaps in responding to the mental health needs of young children in humanitarian contexts. We report the results of a study to cross-culturally adapt and assess the reliability, validity and psychometric properties of the Psychological Screening for Young Children aged 3 to 6 (PSYCa 3-6) following cross-cultural validation. Although the PSYCa 3-6 had been validated in several populations (37,38), it had never undergone but had never undergone a rigorous cross-cultural validation process.

The entire validation process for the PSYCa 3-6-22 includes three steps, one called principal, including a large sample, and two called secondary, implemented to strengthen the results. The principle validation will be presented here. The overall process including the three steps will be the purpose of another publication. Selection of study sites were based on the political context and the population of children expected to be exposed to conflict to facilitate the evaluation of the post-traumatic component of the screening scale.

Methods

Setting

The principal validation took place in the rural region of Maradi, located in the south of Niger along the Nigerian border. This population is mainly Hausa speakers living in villages interspersed with Fulani and Touareg camps.

Study population

The rationale for the selection of this population included the language itself as well as the prevalence of psychological distress. First, Hausa is one of the principle languages of Sub-Saharan Africa, spoken by an estimated 30 to 50 million people. Although common language does not imply common culture, by selecting a commonly spoken language, the possibility of the use of the scale improved. Second, we expected a lower prevalence of post-trauma in this Hausa population than in other in post-conflict contexts. At the time of the study, the political environment was stable we could consider that young children had not been exposed to countrywide conflict. This was an important factor as the tool should be useful not only in situations of conflict or post-conflict. Niger faces recurrent food insecurity and malnutrition is chronic (39,40). Validation of a tool in Hausa, covering multiple registers, could be useful in this context. Finally, existing partnerships with the Ministry of Health of Niger provided the possibility of wide-scale use of the tool within the health system after validation. This was an important consideration providing the possibility of improving the mental health care of children in Niger.

Tool

The “Psychological Screening for Young Children aged 3 to 6” (PSYCa 3-6) is an indicative tool, not designed for diagnosis, but rather to determine a general level of psychological distress in children 3 to 6 years old. It is a hetero-questionnaire completed by the parent or caregiver through an interviewer. Unlike existing generalist tools, the PSYCa 3-6 includes a psycho-traumatic component. Data collected through the PSYCa 3-6 allows for the inferences of psychological difficulties and their main register of expression: depression, phobia, anxiety, regression, psychosomatic complaints, and post-traumatic disorder. The PSYCa 3-6, in its initial version, included 40 items concerning child behavior in the form of easy

questions caregivers answer by never/not at all, or sometimes/a few times or often/frequently/always. For example, “Does your child have bad dreams or nightmares often?” Each interviewer, which may be non-specialists, read the questions and score depending to the response. At the end of administration, responses are summed to compute a score ranging from 0 to 80 with higher scores indicating greater distress. Developed in French in 1999 for Albanian and Kosovar child refugees in Macedonia, the tool has been subsequently refined and improved (38,41) . The results of a preliminary validation in France on 52 children, showed promising results but no formal validation of the scale has been conducted (37) [Table 1].

Table 1 Reduced version of PSYCa 3-6

The modality of response was 0, 1 or 2 (never, sometimes, often) for each item			
0	1	2	1. The child stutters
0	1	2	2. The child refuses to eat repeatedly
0	1	2	3. The child wakes up frequently, insomnia
0	1	2	4. The child is absent, seems somewhere else or in “his world”, has difficulties to interact with you
0	1	2	5. The child had a bad dream or a nightmare that comes often
0	1	2	6. The child is frightened, worried, anxious
0	1	2	7. The child has difficulty to be clean (pee, poop)
0	1	2	8. The child refuses to separate with one of his parents, siblings etc.
0	1	2	9. The child eats too much
0	1	2	10. The child does not speak or very little, his language is very different from children of his age
0	1	2	11. The child refuses to eat certain foods and chooses what to eat at every meal

0	1	2	12. The child has difficulty falling asleep
0	1	2	13. The child has outbursts, have uncontrolled movements for no apparent reason
0	1	2	14. The child complains of pain or complains about his body without obvious medical reason
0	1	2	15. The child is unable to sit still, he moves constantly
0	1	2	16. The child refuses to leave the household
0	1	2	17. The child is tired, discouraged
0	1	2	18. The child's behavior is really too aggressive, he is violent (at home and / or outside)
0	1	2	19. The child isolates himself or often moves away from others
0	1	2	20. The child is easily overwhelmed by his emotions anger, sadness fraternal jealousy etc.
0	1	2	21. The child plays repetitive games or activities
0	1	2	22. The child runs away or avoids sounds, images or specifics situations

Adaptation and translation

The adaptability of the tool was discussed with experienced mental health professionals and anthropologists originating from Niger or who had done research in the country. A linguistic and cultural translation of the tool was performed from French to Hausa. Ideally, several bilingual persons (same fluency in the two languages and experience with mental health instruments) are used to obtain translations and blind back translation (42,43). Here, two professional translators (Hausa/French) translated the tool independently. The two resulting versions were compared and the few differences were resolved. The translated tool was then administered to a small group of caregivers in a pilot phase for acceptance, adequacy and applicability (44). A list containing misunderstood items developed and an alternate proposed translation was made. The final version was fixed by the two translator's consensus taking into account differences between spoken and written Hausa.

Focus group discussions with community key informants, individual interviews and expert meetings were conducted during adaptation and translation phase. Focus groups helped to elucidate understanding of the beliefs and perceptions about child development and expectations of the outcome of treatment (45,46). They were also conducted to ensure understanding of each of the scale's items and enhance the quality of the clinicians' diagnosis during the validation phase (see methods) (47) and ensure that misclassification was minimized (48–50). Variations in clinical presentation of psychological distress may lead to misidentification. Cultural variations, social interactions and specific contextual factors vary cross-culturally, and might influence the experience, representation, expression of psychological difficulties (51). Consultations with psychiatrists and anthropologists and the health care staff of the hospitals in Niamey (the country's capital) and Maradi to define developmental milestones and child psychopathology were also organized.

Training

All interviewers were selected by meeting the main criteria, experience in questionnaire administration, fluent in Hausa and French and without a background in mental health. They were trained over a three-day period on how to administer the questionnaire. After a general presentation of the tool, items were presented and discussed one by one. Role-plays were used to simulate interviews and training provided on the information and informed consent procedure. Interviewers were also trained on study exclusion criteria. The exclusion criteria for interviewers were based on visible, recognizable difficulties and interviewers were trained on the basics of mental retardation and the severe classifications of the ICD-10. A one-day pilot phase followed the theoretical training to assure standardization of administration and reinforce the theoretical training. The translator participated in the interviewer's training and also performed an additional day of training on the translation process itself (52). Interviewers

were supervised during the duration of data collection to respond to any difficulties or questions.

Sampling

The study population included a random sample of 580 caregivers recruited between November 2009 and July 2010. A comprehensive information and awareness campaign was organized before study implementation to inform the population about the aims and objectives of the study. Caregivers were selected using cluster-based sampling, with population proportional to size weighting, a standard methodology in populations where population data is either limited or inaccurate (53). Within the region, 68 villages or city districts were randomly chosen (22 districts in Maradi city, and 23 villages each in the districts of Madarounfa and Guidan Roumdji) (54). The random sample in the villages followed the traditional method by spinning a pen, as random starting direction from a central location in the cluster. Households lying on this transect from the center to the border of the cluster were counted and then one of them was chosen at random. Proximity selection was then used to select subsequent households as the "next nearest" until the desired sample size was reached (53,55).

In each household, caregivers needed to have at least one child aged 3 to 6 years old, be Hausa speakers, and resident in the study area (Maradi city, Madarounfa, Guidan Roumdji). As mothers were the most knowledgeable of the daily activities and behaviors of children, they were asked to respond to the questionnaire. Children identified by the mother/caregivers as presenting a mental disorder, mental retardation, development disorder, and/or psychosis were excluded. Interviewers also excluded children who met visible, recognizable criteria of mental retardation or grave development disorders. These children were referred immediately

for free care. All mothers and caregivers were read an information letter describing the study and asked for written informed consent before enrollment.

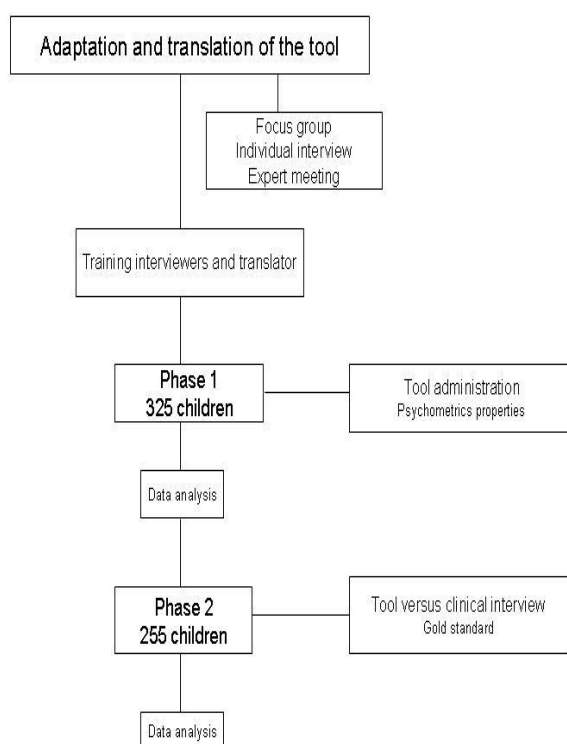
Study procedures

The first phase of the study consisted of administration of the tool to 325 mothers and caregivers. The aim of this phase was to collect data to examine the psychometric properties of the tool, reliability and test-retest reliability before proceeding further with the validation (see data analysis). A total of 201 children completed the PSYCa 3-6 once to evaluate internal consistency, 51 completed the PSYCa 3-6 twice for temporal stability, and 51 completed the PSYCa 3-6 twice with two different interviewers for interrater reliability. During the morning, each interviewer included 7 to 8 children meeting the inclusion criteria. At midday, the interviewers met and exchanged children. Each interviewer had to provide all needed information for his colleague to find the children selected. Interrater reliability was measured by re-administering PSYCa3-6 independently on the same day at different times by two interviewers. The timeframe of re-administration was the same. The day started including 7 to 8 children, after administration, caregivers were given an appointment for the same day in the afternoon with the same interviewer.

In the second phase of the study, the interviewer administered the tool and this was followed by a clinical evaluation as the gold standard for 255 children. The psychologist completed the Clinical Global Impression-Severity Scale (CGI-S), a seven-point severity scale, assessing a patient's current symptom severity, and answered the question "does the child need psychological/psychiatric care?". The CGI-S is used widely in medical care and clinical research because of its face validity and practicability with the same wording irrespective of the pathology (56,57). The clinician also completed a semi-structured clinical interview, and performed a diagnosis based on ICD-10 classification (34, 58).The psychologist was under

the supervision of a senior clinical psychologist. In case of psychopathological disorders, specific psychological care consisting of individual based care were provided at home. Mental health care providers in the area were informed of the study and were aware of any referrals for additional care [Figure 1].

Figure 1 Study flow-chart



Two clinical psychologists carried out the individual interviews (CM, YM), trained in child development and cross-cultural psychology. Each individual interview was a direct and confidential. For each interview, the translator was present. Clinical psychologists were blinded to the score of the tool (administered immediately prior).

Data analysis

First, using data collected in phase I, psychometric properties were analyzed. We performed a descriptive analysis (missing data, scatter-plot of responses, floor and ceiling effects) and redundancy (estimation of Pearson's correlation coefficient between items two by two).

Internal consistency of the PSYCAa3-6 was evaluated by Cronbach's alpha for the entire scale. Test-retest and interrater reliability were estimated using intra-class correlation coefficients (ICC). Kappa statistics were used to calculate the degree of interrater agreement for each question.

Second, in phase II, external validity was tested on 255 children by comparing the reported PSYCa 3-6 scores against the clinical psychologists' evaluation, answering to the question "Does the child need psychological/psychiatric care?". To strengthen the results, PSYCa 3-6 total scores were correlated with CGI-S scores. Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analyses were performed to evaluate the PSYCa 3-6 screening properties and determine an optimal cut-off. Kruskal-Wallis tests were used to assess the association between PSYCa 3-6 scores and each child's socio-demographic characteristics. The cut off for of 17 was based on prior use of the scale prior to its validation.

Third, an expert panel consisting of a child psychiatrist, research psychologists and a statistician reviewed the results and discussed item reduction; which items should remain, be further modified, and those to be removed (item reduction and clarification). Criteria for removal was based on the clinical importance of the item in this population and in others, the number of items covering the same clinical domain, readability, relevance, redundancy, and on psychometric criteria (floor effect, inter-item correlation, reliability and concurrent validity). We used R software (version 2.10.0) for all analyses. Item reduction and the factor analyses will be presented in a forthcoming manuscript.

Ethical considerations

The protocol was submitted for approval to the National Consultative Ethics Committee of Niger, Ministry of Public Health of Niger and the Committee for the Protection of Persons (CPP) Ile de France XI. After informed consent was obtained, caregivers were asked to answer the questionnaire. The consent process included two documents, an information sheet and consent form, both translated in Hausa. Patient data were confidential unless it was deemed necessary to protect the health of the patient. The electronic database contained no names or addresses of patients to ensure their anonymity. Children requiring psychological care received appropriate and free care by a clinical psychologist. The PSYCa 3-6, once validated, will be made available to all health actors who wish in Niger.

Results

In total, 580 children participated in the study. From December 2009 to February 2010, 325 children (160 males (49.2%) and 165 females (50.8%), mean age 52 months) were included. A total of 201 children completed the PSYCa 3-6 once to evaluate internal consistency, 51 completed the PSYCa 3-6 twice for temporal stability, and 51 completed the PSYCa 3-6 twice with two different interviewers for interrater reliability. From May 2010 to July 2010, 255 children were included for the evaluation of diagnostic properties (123 males (48.2%) and 132 girls (51.8%), mean age 52 months) [Table 2]. The item reduction procedure yielded a 22-item instrument (scores 0-44) and results are presented as follows.

Table 2 Characteristics of children included in the study, Maradi, Niger, 2010

Socio-demographics (n=580)		
Gender		
Girls	297	(51.8 %)
Boys	283	(48.8 %)
Age (months)		
36-47	214	(36.9 %)
48-59	194	(33.4 %)
60-72	172	(29.7 %)
Live most of the time with		
Both parents	491	(85.2 %)
One parent	42	(7.3 %)
Someone else	43	(7.5 %)
Go to school*	358	(62.0 %)
Number of siblings ‡	4	(3-6)
Number of deceased siblings ‡	1	(0-2)

Data are median (IQR) or numbers (%).

* school, nursery school or day nursery

‡ same father and same mother

In the population of 580 children, the proportion of missing data or “I don’t know” response per item was low (average 1.6%, <5% for all but 4 items) suggesting good acceptability and that it was easy to complete. With the exception of item 21 (“moves constantly”), the distribution of answers was left-skewed with a higher floor rather than ceiling effect reflecting the low traumatic exposition of this sample. The mean PSYCa 3-6 scores were 7.13 (SD=3.95, interquartile range 4-9, min 0 max 27). There was no significant difference between the PSYCa 3-6 scores of boys and girls ($p=.16$), or between children 36, 48, or 60

months of age ($p=0.5$) but scores on the PSYCa 3-6 were significantly higher for children who were detected by their own family as having difficulties such as fears, outbursts, sleep disorders, recurrent nightmares problem and were oriented to a traditional practitioner ($p=0.0002$).

The test-retest reliability of the PSYCa 3-6 was found to be high (ICC 0.81, CI95% [0.68; 0.89]). Interrater reliability was satisfactory (ICC of 0.69, CI 95% [0.45; 0.80]). The tool demonstrated acceptable internal consistency (Cronbach's alpha 0.61, CI 95% [0.54; 0.65] for a screening tool validation including several dimension (depression, anxiety, post traumatic component) (20,59).

During the second phase, psychologists identified 31 children in need of psychological orientation and 224 children not requiring care. Concerning the CGI-S scale among these 255 children, 187 (73.3 %) were rated as 1 "normal, not at all ill", 29 (11.4%) with borderline CGI, 23 (9%) mildly ill, 12 (4.7%) moderately ill, 4 (1.6%) markedly ill. None were rated as severely or extremely ill. Overall, the 255 children evaluated by psychologist had a mean CGI-S of 1 [1; 3] for the children without orientation and 4 [2; 5] for children oriented towards additional assessment ($p<0.001$). The PSYCa 3-6 exhibited significant positive correlations with CGI severity scale ($\rho = 0.41$, $p\text{-value} = 0.0001$). Mean PSYCa 3-6 scores were significantly higher among the 31 children requiring care than those that did not ($p\text{-value}=0.0001$ [Table 3]). The frequency of positive responses to twenty-two items in children requiring care and in other children is shown Figure 3. The ROC analysis resulted in an area under the curve of 0.81 (CI 95% [0.73, 0.89]) [Figure 4]. When the cut-off value of PSYCa 3-6 was nine according to the point closest to the upper left-hand corner of the graph, the sensitivity and specificity were 0.77 and 0.71, respectively(60).

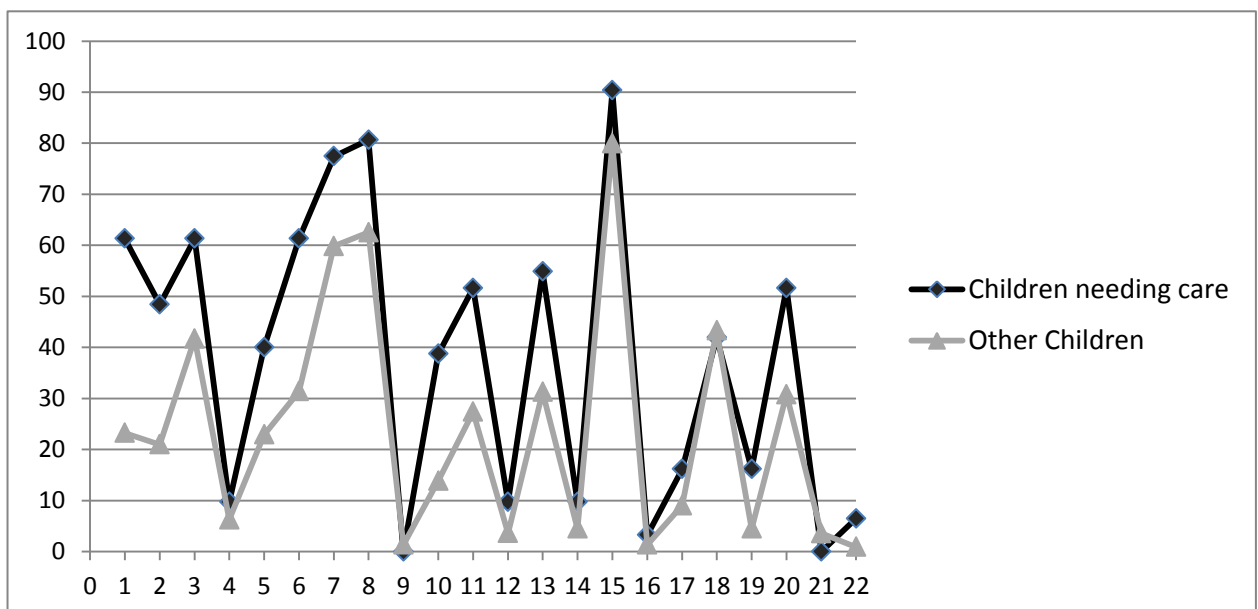
Table 3 PSYCa 3-6 scores comparisons between groups

Clinical interview (n=255)	PSYCa 3-6 score*	p-value‡
CGI		<0.0001
normal	6.53 (3.28)	
borderline	8.28 (3.17)	
mildly ill	10.17 (3.85)	
moderately ill or more	12.56 (4.34)	
Does the child need psychological/psychiatric care?		<0.0001
No	6.86 (3.35)	
Yes	11.58 (4.27)	

* mean (SD)

‡ Wilcoxon rank sum test

Figure 3 Frequency of positive responses (sometimes, often) between children needing care and others



Children needing psychological/psychiatric care (n=31) versus children who do not need psychological/psychiatric care (n=224) according to clinical psychologists (gold standard)

Figure 4 Receiver operating characteristics *ROC(curve of the PSYCa 3-6

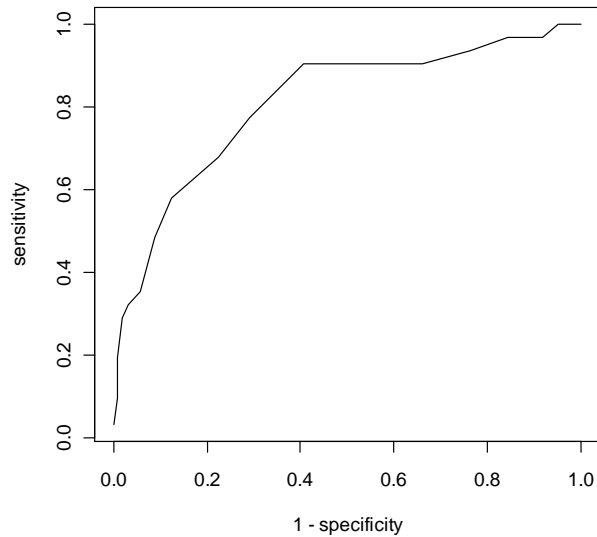
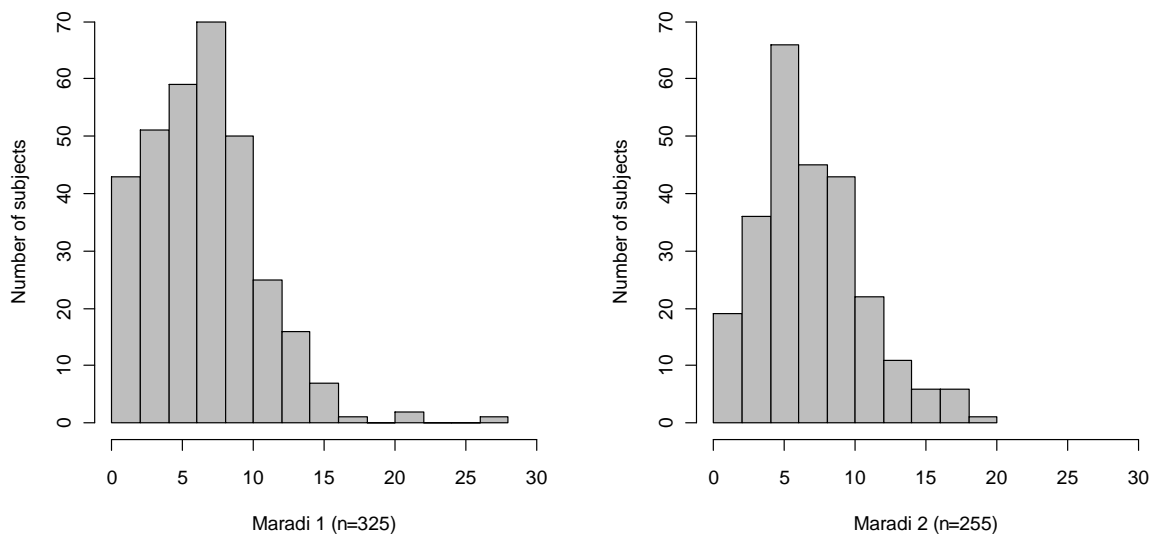


Figure 2 Histogram for PSYCa 3-6 scores



Discussion

To our knowledge, this is the first validation of a screening scale for children aged 3 to 6 years old, with a cross-cultural validation component, for use in humanitarian contexts. The

PSYCa 3-6 enables the rapid screening of children and can be administered by non-specialists. The results of this study suggest that the Hausa version of the PSYCa 3-6 is a reliable and a valuable tool for screening psychological distress in children 3 to 6 years old. The tool was acceptable to caregivers and interviewers (after training and piloting). The sample of patients for this validation was large compared to other validation studies further strengthening our results (13,38,43,61).

Screening tools provide an important means to facilitate addressing the mental health needs of children in humanitarian emergencies and contexts. Difficulties of young children may remain unnoticed or undetected by both local and international health actors (62) and may have short and/or long term developmental consequences (8,46,63,64). Screening children provides a means to identify those in need of additional evaluation and eventual care as well as recognizing the limited resources available in these contexts. The reduction from a 40 to 22-item scale also provides additional encouragement that the scale could be administered to an often large number of children in a relatively short period of time. The simple administration of the screening scale also provides additional awareness and understanding of the overall status of the population for health care workers addressing the situations. In humanitarian contexts, apart from the acute phase of an emergency, the tool could also be used to identify difficult to reach children (due to either distance or isolation for example) and refer only those in need of additional evaluation to health structures. However, it is important to highlight that this tool allows for the identification of children requiring further evaluation, but the lack of mental health professionals remains. As with all public health interventions, identification of children in need does not unfortunately always follow with their receipt of appropriate care. Greater investments are needed to ensure that children mental health needs are addressed, and certainly that they are only screened if appropriate care is available(65,66).

We would like to highlight two key points for discussion, especially relevant for future validation studies. First, the translation process was long and involved a linguistic specialist, anthropologist, psychiatrist and psychologist. We first attempted a classical translation/back translation procedure (13,43,67–71), but due to significant differences concerning written and spoken Hausa, we used independent translations resolved by discussion and pilot testing.

Second, due to the lack of previously cross-cultural validated scales in Hausa, we chose to use a classic individual interview by a psychologist as our gold standard (48,70,71). Two major types of assessment of mental disorders are used in epidemiological studies: semi structured clinical interviews and lay-administered structure diagnostic questionnaires (72). To date, there has not been agreement the most appropriate validation method for global mental health research with children (43,73–75). Although use of a clinical interview appeared here the most rigorous choice in this context as opposed to using another tool. The psychologist, trained in cross-cultural psychology and mental health care in children based their diagnosis on ICD-10 classification. To strengthen the clinical interviews, qualitative research concerning child development, child rearing, psychological difficulties in Hausa culture was conducted [36]. Concordance between the clinical interview and the PSYCa 3-6 suggest that use of the ICD-10 did not influence the results presented here.

An apparent limitation is that we do not present a traditional psychometric validation. The traditional validation process (item analysis, factor analysis, etc.) of a psychometric tool was developed in the absence of a gold standard (76). The objective of the PSYCa 3-6 is to screen subjects who need further evaluation for psychiatric/psychological care. In an ideal situation, the clinician decides, after an interview, if such a care is required. Our gold standard was the clinician's answer to the question: "does the child need psychological/psychiatric care?". For this reason, we validated the PSYCa 3-6 as compared with the above question and classical statistics. Most other screening tools in medicine are based on the same

methodology; this is the case for example for scores of gravity in intensive care units such as the APACHE score(77), validated against mortality rather than with psychometric tools. After secondary evaluations have been completed, the factor structure of the PSYCa 3-6, corresponding to different clinical conditions should be investigated. The internal consistency may be viewed as a limitation from a psychometric perspective. However, as the PSYCa 3-6 is a screening tool for psychological difficulties, the scale is not one-dimensional to ensure the detection of psychological difficulties in several area of psychopathology. As the PSYCa 3-6 includes several domains, this is not unexpected.

An additional limitation concerns the test-retest and interrater reliability. Both were estimated from interviews performed on the same day. Time between the different interviews is problematic since short interval are prone to recall bias, while long intervals risk being associated with the clinical evolution of the subject evaluated.

Finally, we used initially a cut-off of 17, based on the results of previous use of the scale (37,41). This number was calculated on 40 items, the initial version, scoring up to 80 (2 points per item). As previously documented, cut-off scores established with Western child populations are not necessarily comparable in others settings [28, 44]. After reduction of the scale and analysis, we refined the cut-off to 8/9. The cut-off requires further analysis in subsequent validations to assure stability in other cross-cultural contexts.

Conclusion

The results of this first validation show promising results, suggesting that the PSYCa 3-6 should be validated in other contexts, to test the post-traumatic component of the tool and to simplify further the instrument. From a public health standpoint, the ability to identify potential psychological difficulties in young children represents a significant advancement for the possibility of addressing children's' mental health needs in difficult contexts (78).

Additional efforts to adapt and validate simple screening scales for use in humanitarian contexts should be encouraged.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Acknowledgments

The authors wish to thank all of the participants in this study. We also wish to thank our collaborators at the Ministry of Health in Niamey and Maradi, the psychiatric ward of the General Hospital of Niamey. Mrs. Hadiza Moussa graciously provided her anthropological expertise.

Author Contributions

CM coordinated the implementation of the study, participated in the interpretation of the results and drafted the manuscript. CB performed the statistical analysis and. YM participated in the design of the study and in revising the manuscript. SH participated in the design of the study and revised the final manuscript. MDD and MML participated in the design of the study and revising the manuscript. BF participated in the design of the study, statistical analysis, interpretation of the results and revising the manuscript. ARL provided interpretation of the results and revised the manuscript. RFG and MRM conceived the study and the protocol, participated in its design and implementation and revised the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This study was funded by Medecins Sans Frontieres

References

1. Jones L, Rrustemi A, Shahini M, Uka A: Mental health services for war-affected children: Report of a survey in Kosovo. *The British Journal of Psychiatry* 2012;540–6.
2. Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA, Susanty D, Vallipuram A, Ntamatumba P, Lasuba AC, De Jong JTV: Practice-driven evaluation of a multi-layered psychosocial care package for children in areas of armed conflict. *Community mental health journal* 2011;47(3):267–77.
3. Omigbodun O: Developing child mental health services in resource-poor countries. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2008;20(3):225–35.
4. Shatkin JP, Belfer ML: The Global Absence of Child and Adolescent Mental Health Policy. *Child and Adolescent Mental Health*. 2004;9(3):104–8.
5. Vostanis P: Child Mental Health Services Across the World: Opportunities for Shared Learning. *Child and Adolescent Mental Health*. 2007;12(3):113–4.
6. Larsson AS, Granhag PA: Interviewing children with the cognitive interview: assessing the reliability of statements based on observed and imagined events. *Scandinavian journal of psychology*. 2005 ;46(1):49–57.
7. Marans S, Adelman A: Experiencing Violence in a Developmental Context. Children in a violent society. In Children in a violent society, Edited by The Guilford Press: Ososfsky; 1997: 202-222.
8. Zeanah CH: Handbook of Infant Mental Health, Edited by The Guildford Press; 1993.
9. Petot D: Evaluation clinique en psychopathologie de l'enfant, Edited by Dunod; 2006.
10. Wallon H: L'évolution psychologique de l'enfant. Edited by Colin ; 2002.
11. Mollica RF, Cardozo BL, Osofsky HJ, Raphael B, Ager A, Salama P: Mental health in complex emergencies. *Lancet*. 2004;364.
12. Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA, De Jong JTV: Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50(4):514–23.
13. Jordans MJD, Komproe IH, Ventevogel P, Tol WA, De Jong JTV: Development and validation of the child psychosocial distress screener in Burundi. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2008;78(3):290–9.
14. Flaherty JA, Gaviria M, Pathak D, Mitchell T, Wintrob R, Richman JA, Birz S: Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The journal of nervous and mental disease*. 1988;176(5):257–63.

15. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Ord TF, Ward RGAT: Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;534–9.
16. Goodman R: The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997;38:581–6.
17. Goodman R and Scott S: Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful?. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1999;27 (1):17–24.
18. Van Ommeren M: Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182;376–8.
19. Kirmayer LJ: Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(suppl 13).
20. Ghanizadeh A: Scale Validation of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Iranian Children. *Iranian Journal of Psychiatry*. 20072(2):65–71.
21. Cha ES, Kim KH, Erlen JA: Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(4):386–95.
22. Murray LK, Bass J, Chomba E, Imasiku M, Thea D, Semrau K, Cohen JA, Lam C, Bolton P: Validation of the UCLA Child Post Traumatic Stress Disorder-reaction Index in Zambia. *International Journal of Mental Health Systems*. 2011:5-24.
23. Folmar S, Palmes GK. Cross-cultural psychiatry in the field: Collaborating with anthropology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009: 873–6.
24. Thabet AAM, Abed Y, Vostanis P. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*., 2004;45(3):533–42.
25. Qouta S, Punamaki RL, El Sarraj E. Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;12 (6):265–72.
26. Jordans JDM, Ventevogel P, Komproe HI , Tol AW, De Jong JTVM. Development and Validation of the Child Psychosocial Distress Screener in Burundi. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2008;78(3):290–9.
27. Jordans MJD, Komproe. HI, Tol AW, De Jong JTVM. Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50(4):514–23.
28. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*. 2000;355:1548–9.

29. Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(1):41–62.
30. Betancourt TS, Williams T. Building an evidence base on mental health interventions for children affected by armed conflict. *Intervention*. 2009;6(1):39–56.
31. Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, Keane T, Saxe GN. Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43(1):24–36.
32. Tol WA, Komproe IH, Susanty D, Jordans MJD, Macy RD, De Jong JTV. School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*. 2008;300(6):655–62.
33. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2009 ;9:22.
34. Elbert T, Schauer M, Schauer E, Huschka B, Hirth M, Neuner F. Trauma-related impairment in children--a survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. *Child abuse & neglect*. 2009;33(4):238–46.
35. Neuner F, Schauer E, Catani C, Ruf M, Elbert T. Post-tsunami Stress: A Study of Posttraumatic Stress Disorder in Children Living in Three Severely Affected Regions in Sri Lanka. *Journal of Traumatic Stress*. 2007;19(3):339–47.
36. Klasen F, Oettingen G, Daniels J, Post M, Hoyer C, Adam H. Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child development*. 2010;81(4):1096–113.
37. Mouchenik Y, Gaboulaud V, Pérouse de Montclos MO, Monge S, Baubet T, Taïeb O MM. Questionnaire Guide d'Evaluation des difficultés psychologiques de jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance. *Enfance*. 2010;02:143–66.
38. Mouchenik Y. Evaluer les troubles psychologiques post-traumatiques chez les enfants de moins de six ans. A propos d'une étude réalisée à Débar (Macédoine). *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*. 2001;2:359–66.
39. Wuehler SE, Biga HA. Situational analysis of infant and young child nutrition policies and programmatic activities in Niger. *Maternal and Child Nutrition*. 2011;7(1):133–156.
40. Isanaka S, Nombela N, Djibo A, Poupard M, Van Beckhoven D, Gaboulaud, Guerin PJ, Grai RF. Effect of preventive supplementation with ready-to-use therapeutic food on the nutritional status, mortality and morbidity of children 6 to 60 months in Niger: a cluster randomized trial. *JAMA*. 2009;301(3):277–85.
41. Difficultés psychologiques des enfants de 3 à 6 ans placés en urgence: Research report. Paris: 2007

42. Baubet T, Moro MR: *Psychopathologie transculturelle*. Edition Masson; 2009.
43. Kohrt BA, Jordans MJD, Tol WA, Luitel NP, Maharjan SM, Upadhaya N. Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: adapting the Depression Self-Rating Scale and Child PTSD Symptom Scale in Nepal. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):127.
44. Achenbach TM, Becker A, Dopfner M, Heiervang E, Roessner, V, Steinhausen, H C, Rothenberger A. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49 (3):251–75.
45. Verhoef MJ, Casebeer AL HR. Assessing Efficacy of Complementary Medicine: Adding Qualitative Research Methods to the “Gold Standard.” *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2002;8(3):275–81.
46. Osofsky JD. The impact of violence on children. *The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*. 1999;9(3):33–49.
47. Canino G, Alegria M. Psychiatric diagnosis—is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(3):237–50.
48. Draguns JG, Tanaka-Matsumi J. Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41:755–76.
49. Bhui K, Mohamud S, Warfa N, Craig TJ, Stansfeld S. Cultural adaptation of mental health measures: improving the quality of clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183:184–6.
50. Daley TC. The Need for Cross-Cultural Research on the Pervasive Developmental Disorders. *Transcultural Psychiatry*. 2002;39(4):531–50.
51. Moro MR, Heidenreich F. *Children all over the world. The International Association of Child and Adolescent Psychiatry bulletin (IACAPAP)*. 2004, USA : (1);8–19.
52. Rousseau C, Measham T, Moro M-R. Working with Interpreters in Child Mental Health. *Child and Adolescent Mental Health*. 2011;16 (1)(2):55–9.
53. Hoshaw-woodard WS. Description and comparison of the methods of cluster sampling and lot quality assurance sampling to assess immunization coverage. World Health Organization. Geneva: 2001.
54. Niger: Le Niger en chiffres. Institut National de la Statistique. [www.stat-niger.org/statistique]
55. The World Health Survey: Sampling Guidelines for Participating Countries. [<http://www.who.int/entity/healthinfo/survey/whssam>]
56. Guy W: Clinical Global Impressions. In *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. DHEW publication, Rockville; 1976:218–22.

57. Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry*. 2007;7:7.
58. Janca A, Hiller W. ICD-10 checklists--a tool for clinicians' use of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *Comprehensive psychiatry*. 1996;37(3):180–7.
59. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). WHO Division of mental health. Geneva: 1994.
60. Zweig, M.H. and Campbell G. Receiver–operating characteristics (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry*. 1993;39(4):561–77.
61. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC TK. The Child PTSD Symptom Scale: A Preliminary Examination of its Psychometric Properties. *Journal of clinical child psychology*. 2001;30(3):376–84.
62. Tareen A, Elena Garralda M, Hodes M. Post-traumatic stress disorder in childhood. Archives of disease in childhood. Education and practice edition. 2007;92(1): 1–6.
63. Espié E, Gaboulaud V, Baubet T, Casas G, Mouchenik Y, Yun O, Grais FG, Moro MR. Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005-2008. *International journal of mental health systems*. 2009;3(1):21.
64. Espié E, Ouss L, Gaboulaud V, Candilis D, Ahmed K, Cohuet S, Baubet T, Grais FG, Moro MR. Against the Odds: Psychomotor Development of Children Under 2 years in a Sudanese Orphanage. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2011; 57 (6):412-7.
65. Onyut LP, Neuner F, Schauer E, Ertl V, Odenwald M, Schauer M, Elbert T. The Nakivale Camp Mental Health Project: building local competency for psychological assistance to traumatised refugees. *Intervention*. 2004;2(2):90–107.
66. Schauer E, Neuner F, Elbert T, Ertl V, Onyut LP, Odenwald M, Schauer M. Narrative Exposure Therapy in Children: a Case Study. *Intervention*. 2004;2(1):18–32.
67. Omoro SAO, Fann JR, Weymuller EA, Macharia IM, Yueh B. Swahili translation and validation of the Patient Health - 9 depression scale in the kenyan head and neck cancer patient population. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2006;36(3):367–81.
68. Fountoulakis KN, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Gougoulas K, St Kaprinis G, Bech Per. The Greek translation of the symptoms rating scale for depression and anxiety: preliminary results of the validation study. *BMC psychiatry*. 2003 ;3:21.
69. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*. 2007;6:4–9.

70. Chibanda D, Mangezi W, Tshimanga M, Woelk G, Rusakaniko P, Stranix-Chibanda L, Midzi S, Maldonado Y, Shetty AK. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women in a high HIV prevalence area in urban Zimbabwe. *Archives of women's mental health*. 2010;13(3):201–6.
71. Adewuya AO, Ola BA, Dada AO, Fasoto OO. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. *Journal of psychosomatic obstetrical gynaecology*. 2006;27(4):267–72.
72. Brugha TS, Bebbington PE, Jenkins R, Meltzer H, Taub NA, Janas M, Vernon J. Cross validation of a general population survey diagnostic interview: a comparison of CIS-R with SCAN ICD-10 diagnostic categories. *Psychological Medicine*. 1999;29(5):1029–42.
73. Bolton P, Tang AM. Using Ethnographic Methods in the Selection of Post-Disaster. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2004;19(1):97-101
74. Bolton PA, Weiss WM. Communicating Across Cultures: Improving Translation to Improve Complex Emergency Program Effectiveness. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2001;16(4):252-256.
75. Murray LK, Bass J, Chomba E, Imasiku M, Thea D, Semrau K, Cohen JA, Lam C, Bolton P. Validation of the UCLA Child Post Traumatic Stress Disorder-Reaction Index in Zambia. *International journal of mental health systems*. 2011):5–24.
76. Nunnally JC, Bernstein IH: *Psychometric Theory* McGraw-Hill; 1994.
77. Wagner DP, Knaus WA, Draper EA. Statistical validation of a severity of illness measure. *American journal of public health*. 1983;73(8):878–84.
78. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2008;49(3):313–34.

A la fin de la validation principale au Niger, les résultats de l'analyse des données ont permis de considérer le PSYCa 3-6 comme un outil fiable et valide dans une population Haoussa. Mais nous n'avions pas encore atteint l'objectif de la recherche, faire du PSYCa 3-6 un outil transculturel, utilisable dans différents contextes humanitaires, langues et cultures. L'outil avait besoin d'être testé dans d'autres populations afin de déterminer s'il pouvait ou non être transposable et proposé sur des terrains d'intervention humanitaires variés.

Le troisième article présente donc les validations dites complémentaires, duplication des résultats obtenus lors de la validation principale.

c. Validation complémentaires (Colombie et Kenya)

A la suite de la validation principale au Niger du PSYCa 3-6, deux validations ont été ajoutées afin de tester l'outil dans deux autres contextes et deux langues différentes. Elles ont été nommées complémentaires car les résultats obtenus lors de la validation au Niger montraient déjà que le PSYCa 3-6 était un outil fiable et valide, et l'échantillon inclut était réduit. Au total, 308 enfants âgés de 3 à 6 ans ont été inclus, 148 pour la validation dans les quartiers de Buenaventura (Colombie) et 160 dans les différents villages du bidonville de Matharé à Nairobi (Kenya).

Article 3

Marquer, C., Barry, C., Mouchenik, Y., Djibo D. M., Manzo, M.L., Trujillo Maza, E.M., Githaiga, S., Casas, G., Kirubi, B. W., Marichez, H., Falissard, B., Moro, M.-R., Grais, R.F., *Screening for psychological difficulties in young children: implementation of a cross-culturally validated scale*, soumis à International Health

Background: In crises, children may be exposed to violence, the side-effects of abject poverty and displacement. Detection of children's mental health difficulties in such contexts is challenged by the lack of a validated, rapid and simple tool for screening combined with the scarcity of mental health professionals able to identify and provide appropriate care. Here, we present the results of two confirmatory validations of the Psychological Screening for Young Children aged 3 to 6 years (PSYCa3-6), a simple scale administered by non-specialists for children 3 to 6 years old necessary for cross-cultural validation.

Methods and Findings: We performed a cross-cultural multi-country confirmatory validations, assessing the performance of the scale in different contexts and its ability to be generalized, in Mathare, Nairobi, Kenya and Buenaventura, Colombia between December 2009 and February 2012. The scale was translated into the local language (Swahili and Spanish) using corroboration of independent translations. A random sample of mothers or caregivers of children 3 to 6 years old were included in Mathare (n=160) and Buenaventura (n=148). External validity was assessed comparing the PSYCa 3-6 against a clinical interview (gold standard) and the Clinical Global Impression Severity scale (CGI). All versions demonstrated good concurrent validity, as scores correlated with the gold standard and the CGI, respectively, [$\rho=0.49$, $p=6.4e-08$], [$\rho=0.41$, $p=3.5e-06$]. The interrater reliability was found to be from acceptable to high, ICC 0.69 [0.4-0.84] in Buenaventura and ICC 0.87 [0.75-0.94] in Mathare.

Conclusions: From a public health perspective, the ability to identify potential psychological difficulties in young children using the PSYCa3-6 represents a significant advancement towards addressing children's' mental health needs in low resource settings. As shown by its validation in diverse contexts, use in other populations may help improve the delivery of mental health care to children in crises.

Funding: Médecins Sans Frontières Operational Center Paris (MSF-OCP) funded this study. Epicentre receives core funding from Médecins Sans Frontières public fundraising activities.

Introduction

Despite constituting more than half the population in low and middle income countries (1), the mental health needs of children are often ignored. This is especially true in crises, where children may be exposed to violence, abject poverty and displacement (2,3). In addition to the direct effects of trauma on child mental health, other potential consequences such as anxiety, depression, and somatoform disorders are often not included even when screening and treatment programs exist (4–6). Although recent progress has led to the development of international guidelines and multiple initiatives to support effective and feasible service delivery models in crises, screening tools remain limited (7,8). Detection of child mental health difficulties is important not only for providing care to children in need, but also because such difficulties, if left undetected can lead to life-long social and potentially psychiatric problems (9,10) adding additional burden for children already growing up with many challenges.

The combination of few mental health professionals able to accurately diagnose and provide appropriate treatment (11) and the absence of simple, rapid and validated screening tools leads, more often than not, to children in crises going without care (12–16). Further complicating matters, psychological distress in young children is particularly difficult to evaluate as many behaviors are normal at certain ages but not at others. Unmet needs in these young children may have an impact their emotional, cognitive, and physical development notwithstanding their immediate suffering (17–19).

There are many valid models of screening, evaluation and care and cross-cultural validation of a simple, rapid screening scale would fill one of the many gaps in responding to the mental health needs of young children. Of the available screening scales suitable for crises, most are Western instruments which were simply translated into the local language (20,21) without

rigorous cross-cultural validation and are often disorder specific (22–25). Recognition of the diversity of psychological responses in children is an essential step towards providing appropriate care.

Cross-cultural validation necessitates the evaluation of the scale in different contexts, ensuring that it can be generalized to the diversity of potential responses. The extent to which findings from one cultural unit can be generalized to other populations is still open to debate. Although primary validation of screening scales may be conducted rigorously and appropriately, it is essential to evaluate their validity in other populations to establish their public health utility. Conventionally, a primary validation is conducted followed by two confirmatory validations, where the validity of the scale is assessed without adaption to determine its generalizability and public health utility in order for a scale to be cross-culturally validated. Here, we report the results of two confirmatory cross-cultural validations of the Psychological Screening for Young Children aged 3 to 6 years old (PSYCa 3-6). It is a short, multidimensional and context sensitive instrument to facilitate screening in contexts with scarce mental health resources.

Methods

Study sites

This multi-country cross-cultural validation was done in Buenaventura, Bogota, Colombia, and Mathare, Nairobi, Kenya. The primary validation in Maradi, Niger was conducted in a population where we expected a lower prevalence of post-traumatic disorder than in populations of children evaluated other in post-conflict contexts. This validation included the ability reduce items in the scale to arrive at a version which we hypothesized could be generalized. To evaluate the scale's eventual public health utility and test the trauma

component, the two confirmatory validations were conducted in settings where children 3 to 6 years may be exposed to violence during their development (Buenaventura and Mathare).

Sites were chosen for the following reasons. First, the choice of language is crucial as semantic equivalence must be guaranteed. By choosing to translate the tool into Spanish and Swahili, we were able to use both locally known and internationally recognized specialists in the language and culture. Moreover, the instrument would be available in a language spoken by over 400 million individuals globally (Spanish) and in two of the languages used most widely in Africa as both Hausa (from the primary validation) and Swahili are spoken by more than 40 million people each. Second, selection of study sites and populations also took into account the political and security situation, the possibility of referral for children screened positive, and therefore increasing the possibility of providing mental health treatment to children detected to be in difficulty in the future.

PSYCa 3-6

The PSYCa 3-6 is a screening tool that aims to assess non-specific disorders as opposed to a disorder specific focus, in children 3 to 6 years old. Screening positive indicates the child's need for further evaluation by a clinical psychologist or psychiatrist (26). It is a hetero-questionnaire completed by the parent or caregiver through a lay interviewer (Table 1). It includes 22 items concerning child behavior (in their main register of expression: depression, phobia, anxiety, regression, psychosomatic complaints, and post-traumatic disorder) in the form of easy questions caregivers answer by never/not at all, or sometimes/a few times or often/frequently/always. Each interviewer reads the questions and scores depending on the response. At the end of administration, responses are summed to compute a score ranging from 0 to 44 with higher scores indicating greater distress. Additional details on the item

reduction process and development of the scale have been published elsewhere based on the primary validation in Niger (17).

Table 1 - 22 items of the PSYCa 3-6

The modality of response was 0, 1 or 2 (never, sometimes, often) for each item

- 0 1 2 2. The child refuses to eat repeatedly
 - 0 1 2 3. The child wakes up frequently, insomnia
 - 0 1 2 4. The child is absent, seems somewhere else or in “his world”, has difficulties to interact with you
 - 0 1 2 5. The child had a bad dream or a nightmare that comes often
 - 0 1 2 6. The child is frightened, worried, anxious
 - 0 1 2 7. The child has difficulty to be clean (pee, poop)
 - 0 1 2 8. The child refuses to separate with one of his parents, siblings etc.
 - 0 1 2 9. The child eats too much
 - 0 1 2 10. The child does not speak or very little, his language is very different from children of his age
 - 0 1 2 11. The child refuses to eat certain foods and chooses what to eat at every meal
 - 0 1 2 12. The child has difficulty falling asleep
 - 0 1 2 13. The child has outbursts, have uncontrolled movements for no apparent reason
 - 0 1 2 14. The child complains of pain or complains about his body without obvious medical reason
 - 0 1 2 15. The child is unable to sit still, he moves constantly
 - 0 1 2 16. The child refuses to leave the household
 - 0 1 2 17. The child is tired, discouraged
 - 0 1 2 18. The child's behavior is really too aggressive, he is violent (at home and / or outside)
 - 0 1 2 19. The child isolates himself or often moves away from others
 - 0 1 2 20. The child is easily overwhelmed by his emotions anger, sadness fraternal jealousy etc.
 - 0 1 2 21. The child plays repetitive games or activities
 - 0 1 2 22. The child runs away or avoids sounds, images or specifics situations
-

Adaptation and Translation

Two translators performed a linguistic and cultural translation of the tool from French to Spanish and Swahili independently (27,28). The two resulting versions were compared and few differences were resolved. The translated tool was then administered to a small group of caregivers in a pilot phase for acceptance, adequacy and applicability (29). The final versions were fixed by the two translator's consensus taking into account differences between spoken and written languages. Focus group discussions with community key informants, individual interviews and expert meetings were conducted during the adaptation and translation phase to elucidate understanding of the beliefs and perceptions about child development, expectations of the outcome of treatment and ensure that misclassification was minimized (30–35). Experienced child mental health professionals in each country of validation reviewed the translated version.

Training

All interviewers were experienced in questionnaire administration, fluent in the local language and without any mental health background. After a general presentation of the PSYCa 3-6 as well as informed consent including inclusion and exclusion criteria, items were presented and discussed one by one. Role-plays were used to simulate administration of the questionnaire. A pilot phase followed the theoretical training to ensure standardized administration and reinforce the theoretical training. Interviewers were supervised during the duration of data collection to respond to any difficulties or questions.

Sampling

Comprehensive information and awareness campaigns were organized to inform the population about the aims and objectives of the study before implementation. Households

within the study areas with at least one child aged 3 to 6 years, speaking Spanish or Swahili and resident in the area were eligible for inclusion. Systematic random sampling was used in an accessible neighborhood to select the sample of mothers and caregivers.

As mothers were the most knowledgeable of the daily activities and behaviors of children, they were asked preferentially to participate. All mothers and caregivers were read an information letter describing the study and asked for written informed consent before enrollment. Interviewers excluded children who met visible, recognizable criteria of mental retardation or grave development disorders based on ICD-10 classification. These children were referred immediately for care.

Procedures

Validation was implemented in two stages. Stage 1 examined the psychometric properties of the tool, internal consistency (Cronbach's alpha), inter-observer and temporal reliability. The interviewers administered the tool. We examined the external validity of the tool before starting Stage 2 where the interviewer administered the PSYCa 3-6 followed by a clinical evaluation as the gold standard. The psychologist completed the Clinical Global Impression-Severity Scale (CGI-S), a seven-point severity scale, assessing a patient's current symptom severity, and answered the question "does the child need psychological/psychiatric care?" The CGI-S is used widely in medical care and clinical research because of its face validity and practicability with the same wording irrespective of the pathology (36,37). The clinician also completed a semi-structured clinical interview, and performed a diagnosis based on ICD-10 classification (38). The psychologist was under the supervision of a senior clinical psychologist. In case of detection of psychological difficulties, individual home based care were proposed and provided. Mental health care providers in the area were informed of the study and were aware of any referrals for additional care.

Clinical psychologists carried out the individual interviews, trained in child development as well as cross-cultural psychology and were blinded to the score of the tool (administered immediately prior). Each individual interview was a direct and confidential. A translator was present and participated in the training for Mathare. A translator was not needed for the validation in Buenaventura.

Data analysis

For the confirmatory validations, a minimum of 125 children were needed to evaluate the external validity of the scale, tested by comparing the reported PSYCa 3-6 scores against the clinical psychologists' evaluation using the CGI-S (39,40). Total scores were correlated with CGI-S scores, and Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analyses performed to evaluate the tool's screening properties (compared to decision of an orientation of a child or not by the psychologist) and determine an optimal cut-off. Kruskal-Wallis tests were used to assess the association between PSYCa 3-6 scores and each child's socio-demographic characteristics. A total of 25 children completing the scale twice to assess interrater reliability and 100 for internal consistency and external validity of the scale.

After the primary validation in Niger, an item reduction procedure was implemented and the final scale validated in Buenaventura and Mathare. The factorial structure of the PSYCa 3-6 final version was investigated with a maximum likelihood factor analysis with Varimax rotation. The number of subscales was determined from the observation of the screeplot, parallel analysis (random simulations of data sets), and from the clinical interpretability of subscales (41,42). Finally, an expert panel consisting of a child psychiatrist, research psychologists and a statistician reviewed the results. R software (version 2.10.0) was used for all analyses.

Ethical considerations

The protocol was submitted and approved by the Committee for the Protection of Persons (CPP) Ile de France XI, the Ethical Committee of University of Los Andes, Bogota, Colombia; and the Kenya Medical Research Center Institute (KEMRI), Nairobi, Kenya. After informed consent was obtained, caregivers were asked to answer the questionnaire. The consent process included two documents, an information sheet and consent form, both translated into the local language. Patient data were confidential unless it was deemed necessary to protect the health of the patient. The study database contained no identifying information to ensure anonymity. Children requiring psychological care received appropriate and free care by a clinical psychologist. The PSYCa 3-6 will be made publicly available.

Results

A total of 148 caregivers were recruited between November 18th and 29th, 2011 in Buenaventura, Colombia and 160 caregivers were recruited between February 16th and 24th, 2012 in Mathare, Nairobi, Kenya.

The validation in Buenaventura enrolled 148 children in total (2 were not found for the second administration of the tool, 1 child presented with severe developmental delay). Internal consistency was calculated on 145 questionnaires, inter observer reliability on 36 children and 109 children were included for the examination of the external validity of the tool. In Mathare, a total of 160 children were enrolled, 10 children were excluded (6 were not found for the second administration of the tool, 3 did not speak Swahili fluently and 1 presented with a severe developmental disorder). The analysis consisted of 29 questionnaires concerning the examination of inter observer reliability and 121 for the external validity. Internal consistency was analyzed on 150 questionnaires. Demographic information on the two samples are summarized (Table 2 and 3).

Table 2: Description of study populations

	Buenaventura, Colombia	Mathare, Nairobi, Kenya
Study period	18/11/2011 29/11/2011	16/02/2012- 24/02/2012
Number of inclusions	148	160
Number of interviewers	2	3
Number of psychologists	1	2
Sample for interrater reliability	36	29
Sample for clinical interview	109	121

Table 3: Sociodemographic characteristics of the children included by sites

Sites	Colombia	Kenya
N (%)		
Male	74 (49.3)	74 (49.3)
Female	76 (50.7)	76 (50.7)
Per age (%)		
3	34.5	52
4	33.8	30.7
5	31.7	17.3

In all both sites, the proportion of missing data per item was low suggesting good acceptability and that items were easy to complete. In Buenaventura, 143 (99%) questionnaires were completed and 2 (1%) questionnaires had one answer missing and in Mathare (Nairobi), 146 (97%) questionnaires were completed and 4 (3%) questionnaires had one answer missing.

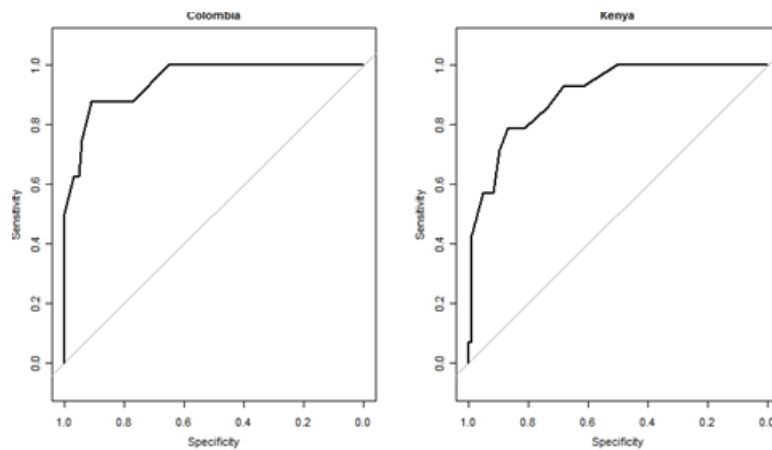
The final tool demonstrated acceptable internal consistency for a screening tool including several dimension (depression, anxiety, post traumatic component) (20)(59) (Table 4). For the final version of the scale, interrater reliability varied between the sites. There was no significant difference between the PSYCa 3-6 scores of boys and girls, or between children 36, 48, or 60 months of age. In Buenaventura, 109 children were evaluated by one clinical psychologist (CM) and in Mathare (Nairobi), 121 children were evaluated by two clinical psychologists (CM, HM). A total of 8 children (7.3%) were orientated after the individual interview in Buenaventura and in Mathare, 14 children (11.6%).

Table 4- Psychometric properties and external validity of PSYCa 3-6

Sites	Colombia	Kenya
N	148	160
Alpha Cronbach [CI95%]	0.56 [0.42-0.66]	0.78 [0.72-0.81]
Reliability [CI95%]		
Interrater (ICC)	0.69 [0.4-0.84]	0.87 [0.75-0.94]
Rho (CGI)	0.49 (p=0.000)	0.41 (p=0.000)
AUC [CI95%]	0.95 [0.89-1]	0.90 [0.84-0.96]

Correlation between the final tool and CGI were acceptable. ROC analyses resulted in an area under the curve of 0.95 (CI95% [0.89; 1.0]) for Buenaventura and 0.95 (CI95% [0.84; 0.96]) for Mathare (Figure 2).

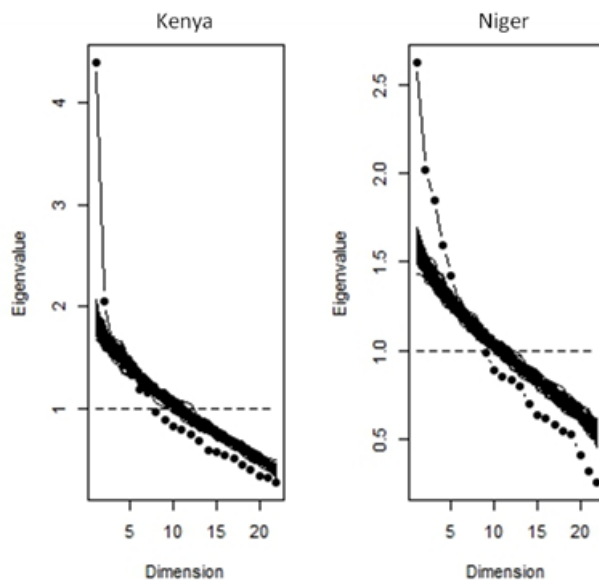
Figure 2: ROC curves by site



Factor analysis

Factor analysis was used to explore the variation of scale dimensions in different contexts. It was not unexpected that dimensions would be unstable considering the scope of variation of psychological difficulties manifested in diverse settings and cultures (43). Prior to the implementation of the study, we presumed that the structure will be different and that this difference could be interesting from a clinical point of view, especially in a cross-cultural perspective (Figure 3). The structure was in favor of a 1-factor solution and 2-factor solution for both sites.

(Figure 3): Scree plots by site



Discussion

We present the results of the two confirmatory cross-cultural validations of a screening tool for psychological difficulties in children aged 3 to 6 years. The tool is simple and quick to implement and could be an important addition in settings where mental health care professionals and programs are limited. After item reduction, the results of the validations, without adaptation in two diverse contexts, demonstrates its potential for wide-scale use. In addition to the acute phase of a crisis, the tool could be used to identify difficult to reach children (due to either distance or isolation for example) and refer only those in need of further evaluation to health structures.

Due to the lack of previously cross-cultural validated scales for young children in crises or low resource settings, we chose to use a classic individual interview by a psychologist as our gold standard. Concordance between the clinical interview and the PSYCa 3-6 suggest that use of the ICD-10 did not influence the results. Scale validation methodology is debated. The conventional process of validation of psychometric tools stems from the lack of objective measurements which are widely accepted. We considered the response to the question asked

to clinicians: “does the child need psychological/psychiatric care?” as the gold standard. This approach follows other similar methodologies used in medical scale validation (44).

In terms of differences between the populations, there was greater variability in the data from Mathare; the number of children presenting psychological difficulties was higher and also severity with higher total scores at administration and higher CGI. These results are not unexpected and suggest that its use in crises is appropriate, as the tool is more specific in a higher prevalence context. In Colombia, the number of referrals was lower, possibly due to the close (spatial proximity) relationship of mothers in this context where children remain close their mothers for long periods.

The PSYCa 3-6 is a multidimensional screening tool, the variability of number of dimension was not unexpected (43), even more in cross cultural validation study due to the variability of expression of psychopathology and psychological difficulties. The development of the tool was based on the list of items corresponding to the definition of young children’s’ general psychopathologies including several domains.

The screeplots for the two confirmatory validations are more in favor of a unidimensional instrument, reflecting the capacity of the tool to detect the psychological difficulties of young children including several area of psychopathology. Each dimension can include many scores. Consequently, differences found between individual children and between groups can be conceptualized in relation to a range of possible scores on each dimension. Rather than viewing all children of one cultural group as categorically different from all children of another group, we can view each child in terms of quantified profile patterns consisting of scores on dimensions that can be compared with distributions of scores in normative samples drawn from particular cultural groups. The use of quantified dimensions to evaluate children in relation to norms for particular cultural groups is

analogous to the evaluation of children's heights in relation to norms for their age and gender (26). Although use of these norms is subject to debate, we show here that a simple generalist tool performs well cross-culturally.

It is also important to highlight that systematic analysis of validity is uncommon in transcultural epidemiology. The debate about the validity of transcultural studies spans the extremes of dismissal based on the social construct of the medicalization of distress to the other extreme presumption that methods and findings are independent of context (45). In psychopathology, it is not unexpected to find different structures for the same scale (43). The correlation structure changes depending settings and severity of the difficulties presented. In this cross-cultural validation, the comparison between the scale score and the gold standard was the most important, but acknowledgement of cultural variation is essential.

Conclusion

Despite the identified limitations, the Spanish and Swahili versions show appropriate psychometric properties for screening psychological difficulties in young children. PSYCa 3-6 has advantages for use in crises or low resource settings such as brevity, easy administration by non-specialist interviewers, and the inclusion of several domains of psychopathology allowing the detection of post trauma difficulties. From a public health perspective, the ability to identify potential psychological difficulties in young children represents a significant advancement for the possibility of addressing children's' mental health needs in difficult contexts. Additional efforts to adapt and validate simple screening scales for use in other low resource settings should be encouraged.

Acknowledgements

The authors wish to thank all of the participants in this study. We also wish to thank our collaborators at the Ministry of Health in Niamey and Maradi, the psychiatric ward of the General Hospital of Niamey, University de los Andes, Bogota, Colombia and the Kenya Psychology Association.

Author Contributions

RFG, CM and CB wrote the report and assessed all data, with input from other investigators. RFG and MRM conceived the study and the protocol, participated in its design and implementation. CM coordinated the implementation of the study. YM, MDD, MML participated in the design of the study. CM, YM, HM provided the clinical interview on the field. CB performed the statistical analysis. BF participated in the design of the study, statistical analysis, and interpretation of the results. ET, SG, GC, BWK supported and participated in the implementation of the study. All authors had a role in the decision to submit the paper for publication.

Conflict of Interest Statement

We declare that we have no conflicts of interest

References

1. Leckman JF, Leventhal BL. Editorial: a global perspective on child and adolescent mental health. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2008;49(3):221–5.
2. Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2004;45(1):41–62.
3. Stichick T. The psychosocial impact of armed conflict on children: Rethinking traditional paradigms in research and intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2001;10(4):797–814.

4. Bayer CP, Klasen F, Adam H. Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2007;298(5):555–9.
5. Giacaman R, Abu-Rmeileh N, Husseini A, Saab H, Boyce W. Humiliation: the invisible trauma of war for Palestinian youth. *Public health*. 2007;121(8):563–71.
6. Vinck P, Pham PN, Stover E, Weinstein HM. Exposure to war crimes and implications for peace building in northern Uganda. *JAMA*: the journal of the American Medical Association. 2007;298(5):543–54.
7. Patel V, Simon G, Chowdhary N, Kaaya S, Araya R. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLoS medicine*. 2009;6(10).
8. Jones L. Responding to the needs of children in crisis. *International review of psychiatry* (Abingdon, England). 2008;20(3):291–303.
9. Mullick M.S.I GR. Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2001;36:94–9.
10. Bele SD, Bodhare TN, Valsangkar S, Saraf A. An epidemiological study of emotional and behavioral disorders among children in an urban slum. *Psychology, Health and Medicine*. 2012;37–41.
11. Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA DJJ. Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50(4):514–23.
12. Jones L, Rrustemi A, Shahini M, Uka A. Mental health services for war-affected children: Report of a survey in Kosovo. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;540–6.
13. Jordans MJD, Komproe IH, Tol W a, Susanty D, Vallipuram A, Ntamatumba P, et al. Practice-driven evaluation of a multi-layered psychosocial care package for children in areas of armed conflict. *Community mental health journal*. 2011;47(3):267–77.
14. Omigbodun O. Developing child mental health services in resource-poor countries. *International review of psychiatry* (Abingdon, England). 2008;20(3):225–35.
15. Shatkin JP, Belfer ML. The Global Absence of Child and Adolescent Mental Health Policy. *Child and Adolescent Mental Health*. 2004;9(3):104–8.
16. Vostanis P. Child Mental Health Services Across the World: Opportunities for Shared Learning. *Child and Adolescent Mental Health*. 2007;12(3):113–4.
17. Marquer C, Barry C, Mouchenik Y, Hustache S, Djibo DM, Manzo ML, et al. A rapid screening tool for psychological distress in children 3--6years old: results of a validation study. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):170.

18. Larsson AS, Granhag PA. Interviewing children with the cognitive interview: assessing the reliability of statements based on observed and imagined events. *Scandinavian journal of psychology*. 2005;46(1):49–57.
19. Marans S. *Experiencing Violence in a Developmental Context. Children in a violent society*. 1997.
20. Cha E, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;58(4):386–95.
21. Murray LK, Bass J, Chomba E, Imasiku M, Thea D, Semrau K, et al. Validation of the UCLA Child Post Traumatic Stress Disorder-Reaction Index in Zambia. *International journal of mental health systems*. 2011;5(1):5–24.
22. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Ord TF, Ward RGAT. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. 2011;534–9.
23. Balaban V. *Psychological Assessment of Children in Disasters and Emergencies. Disasters*. 2006;30(2):178–98.
24. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC psychiatry*. 2009;9:22.
25. Klasen F, Oettingen G, Daniels J, Post M, Hoyer C, Adam H. Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child development*. 2010;81(4):1096–113.
26. Achenbach TM, Becker A, Dopfner M, Heiervang E, Roessner V, Steinhausen H-C, et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings , applications , and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(3):251–75.
27. Kohrt B a, Jordans MJ, Tol W, Luitel NP, Maharjan SM, Upadhaya N. Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: adapting the Depression Self-Rating Scale and Child PTSD Symptom Scale in Nepal. *BMC psychiatry*. 2011;11(1):127.
28. Achenbach, T. M., Becker, A., Dopfner, M., Heiervang E, Roessner, V., Steinhausen, H. C. et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49:251–75.
29. Verhoef MJ, Casebeer AL. Assessing Efficacy of Complementary Medicine: Adding Qualitative Research Methods to the “Gold Standard”. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2002;8(3):275–81.
30. Osofsky JD. *The impact of violence on children. The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*. 1999;9(3):33–49.

31. Canino G, Alegria M. Psychiatric diagnosis—is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Wiley Online Library; 2008;49(3):237–50.
32. Draguns J. Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41:755–76.
33. Bhui K, Mohamud S, Warfa N, Craig TJ, Stansfeld S. Cultural adaptation of mental health measures: improving the quality of clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183:184–6.
34. Daley TC. The Need for Cross-Cultural Research on the Pervasive Developmental Disorders. *Transcultural Psychiatry*. 2002;39(4):531–50.
35. Moro MR, Heidenreich F. Children all over the world. *The international association of child and adolescent psychiatry bulletin*. 2004. p. 8–19.
36. Guy W. Clinical Global Impressions. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. p. 218–22.
37. Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry*. BioMed Central; 2007;7(7):7.
38. Janca a, Hiller W. ICD-10 checklists-a tool for clinicians' use of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *Comprehensive psychiatry*. 1996;37(3):180–7.
39. Rouquette A, Falissard B. Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2011;20(4):135–49.
40. Falissard B. *Mesurer la subjectivité en santé*. 2e édition. 2008.
41. Horn J. A rational and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*. 1965;30:179–85.
42. Falissard B. *Analysis of questionnaire data with R*. CRC Press T and FG, editor. a Chapman and Hall Book, New York; 2011.
43. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. Reviews and Overviews The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? 2004;(December):2163–77.
44. Wagner DP, Knaus W, Draper E. Statistical validation of a severity of illness measure. *American journal of public health*. 1983 Aug;73(8):878–84.
45. Van Ommeren M. Validity issues in transcultural epidemiology. *BJP*. 2003, 182:376–378.

A la fin des trois validations, nous avons obtenus des résultats qui montraient la fiabilité de l'outil dans le repérage des difficultés psychologiques, utilisable dans des contextes différents. L'outil est désormais proposé sur les terrains d'intervention de MSF.

Ces trois articles regroupent les résultats principaux à la fois qualitatifs et quantitatifs de la validation transculturelle de l'outil PSYCa 3-6. Ils ont été présentés dans leur ordre de mise en place. Cette recherche a inclus des méthodologies différentes et originales dans le champ de la clinique transculturelle.

Dans le chapitre 3, nous discuterons dans un premier temps chaque étape de la recherche et proposerons pour terminer une discussion concernant les validations transculturelles d'outils de dépistage de nos jours.

Chapitre 3 : Discussion générale

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons d'abord aux résultats qualitatifs puis aux résultats quantitatifs (en intégrant les trois validations). La dernière partie intégrera une discussion plus générale concernant la validation transculturelle d'outils, en nous appuyant sur l'originalité, la faisabilité et la nécessité de mettre en place de telles recherches afin de proposer des solutions simples et rapides pour le repérage des besoins, qui permet à la fois l'identification des enfants nécessitant une évaluation ainsi que l'organisation de soins appropriés, des ressources humaines nécessaires et des dispositifs opérationnels.

Recherche qualitative en contexte transculturel

La recherche qualitative a été réalisée dans un temps relativement court comparativement à des recherches anthropologiques classiques. Les données recueillies ont permis de soutenir le processus de validation de l'outil, notamment lors de la phase de validité externe de l'outil, comparant le score global à un entretien clinique.

Perception des difficultés sur le terrain

A l'époque de la recherche, à notre connaissance aucune étude concernant les difficultés psychologiques du jeune enfant n'avait été mise en place dans la région de Maradi (Niger). L'objectif principal de la recherche qualitative était donc de collecter des données concernant les perceptions et expressions des difficultés psychologiques.

Il est important de rappeler que de telles recherches appelées "anthropologiques", "psychologiques", "psychoanthropologiques", "qualitatives" sont souvent perçues lors des interventions humanitaires comme coûteuses en terme de temps et sont donc peu mises en places ou utilisées.

Nous souhaitions mettre en avant la possibilité de collecter des informations rapidement en lien avec notre problématique, l'identification des difficultés psychologiques. Cela aurait été différent s'il s'agissait de diagnostic dans son sens large, c'est-à-dire une échelle pouvant identifier des pathologies spécifiques (qui aurait nécessité un temps plus long). Pendant cette première étape, nous nous intéressons à la question de la perception et l'identification des difficultés psychologiques chez les mères et dans la communauté, sans pour autant chercher à les décrire de manière détaillée. Nous nous sommes intéressés à identifier ce qui faisait sens notamment chez les mères afin de développer la stratégie la plus appropriée pour aborder les difficultés lors des entretiens individuels.

Lors de la recherche, les participants, femmes et hommes confondus, ont souvent exprimés l'importance de maintenir les difficultés identifiées dans le cercle familial par peur des moqueries et du « qu'en dira-t-on ». Dans un premier temps, ayant d'abord énoncé que les jeunes enfants ne pouvaient pas présenter de difficultés psychologiques du fait de leur jeune âge, car « ils ne pouvaient pas comprendre, qu'ils ne savaient rien ». Un enfant identifié comme présentant des difficultés par la communauté pouvant être pointé du doigt et donc pointé la famille, un lien peut être fait avec le fait que les parents préfèrent rester silencieux.

Par exemple, lors d'un entretien, une maman avait commencé par exprimer le fait que son enfant ne présentait aucune difficulté. Par la suite, lorsque nous avons commencé à aborder le sommeil, des difficultés liées à l'endormissement, des réveils fréquents et cauchemars sont apparus. Elle décrivait un enfant qui pleurait beaucoup la nuit, voire même criait au point que pour le consoler et éviter de déranger le voisinage, il dormait désormais avec elle. Elle avait consulté un médecin qui l'avait lui-même adressé à un thérapeute traditionnel pour l'aider à comprendre et trouver une solution. Cette recherche a également permis de mettre en évidence un moyen d'aborder les difficultés psychologiques avec les mères. En effet, dans la région de Maradi, la sensibilisation en population générale des

difficultés psychologiques, et de la santé mentale en général, est inexistante, par manque non seulement de professionnels et lieux de consultations spécifiques mais également par manque de priorité au niveau politique de santé. De ce fait, les familles réfèrent généralement les enfants chez les thérapeutes traditionnels, pour les troubles du sommeil, les pleurs fréquents. Le travail qualitatif a permis de montrer que la nuit était un lieu où certaines difficultés se manifestaient et faisaient sens aux mamans (pleurs, troubles du sommeil, réveils fréquents, cauchemars). Les troubles du sommeil étaient souvent les motifs d'orientation des enfants vers des thérapeutes traditionnels, il nous a semblé une porte d'entrée pertinente (l'étiologie traditionnelle sur le terrain était très présente comme par exemple attaque de sorcier, génies blancs et noirs qui se manifestent).

Très rapidement, on s'est rendu compte de la discordance entre la perception générale exprimée par les adultes, les enfants ne peuvent pas présenter des difficultés psychologiques du fait de leur jeune âge et le point de vue des mères lors des entretiens individuels, capables d'identifier des comportements liées à des difficultés chez leurs enfants.

Le seul signe de difficulté repéré ne faisant pas immédiatement sens chez les mères était la tristesse chez l'enfant. Elle était perçue comme inexistante. Il faut néanmoins être vigilant car cela peut également être lié à la traduction, chaque entretien ayant été traduit du haoussa au français par une traductrice, formée au préalable. Dans les données collectées, le sens de tristesse était souvent lié à une cause médicale, fièvre, maux de ventre par exemple « qui rendrait triste l'enfant ». La tristesse était alors associée aux conséquences d'une maladie pouvant provoquer une certaine apathie chez l'enfant. Dans le vocabulaire haoussa, ce mot ne semble pas exister pour décrire un enfant. Lorsque la question, « arrive-t-il à votre enfant d'être triste ? », la maman demandait souvent à la traductrice de répéter la question et s'en suivait souvent des réponses telles que « comment un enfant peut être triste ? », « ils ne connaissent rien », « ils sont trop petits », « ils jouent tout le temps ». Les questions de

difficultés psychologiques et de tristesse chez le jeune enfant sont également des concepts qui ont été discutés de manière informelle avec d'autres personnes de l'équipe terrain au Niger, avec l'idée majoritairement partagée que les jeunes enfants ne pouvaient pas en présenter (nationaux et internationaux). Ces concepts ne sont donc pas que liés à la sensibilisation ou aux connaissances dans la communauté mais sont plus largement partagés par des professionnels non psychologues.

Dans la version initiale du PSYCa 3-6, une question liée à la tristesse « votre enfant est triste, abattu, pas heureux » a été supprimée lors de la validation car elle ne faisait pas sens aux mamans et n'était pas comprise ainsi formulée.

Principales difficultés repérées

Les principales difficultés repérées lors de la recherche étaient associées à de l'anxiété, à des difficultés comportementales, du langage, ainsi que des difficultés liées à l'exposition à un évènement potentiellement traumatique (décès, accident). Il est important également de mentionner que cette liste n'est pas exhaustive et que nous n'avons décrit que les difficultés rencontrées, dans un contexte particulier de dépistage.

Concernant les troubles du sommeil, nous avons plus souvent identifiés des cauchemars, terreurs nocturnes. Les réponses les plus fréquentes obtenues en abordant les causes et les perceptions, étaient « on ne demande pas aux enfants ce qu'ils voient », « on ne demande pas ce qu'ils rêvent », « de quoi il a peur parce qu'il ne peut savoir par lui-même », « on ne peut pas savoir ». Tout au long de la recherche, la période du coucher, la nuit est apparue être un moment clef à la description des difficultés. En tout cas dans le discours des mères, il nous a semblé un moment de repérage. Nous l'avons identifié comme une période de

vulnérabilité pour l'enfant, la nuit ayant été souvent décrite par les adultes comme une période de vulnérabilité en lien avec la tradition comme par exemple les croyances concernant les attaques de sorciers.

L'anxiété liée à la séparation de la mère a été décrite également en désignant les enfants comme « des enfants collants », « il est toujours derrière moi », « il va surveiller où je vais, m'attendre ou me suivre, puis retourner jouer avec ses amis », « la nuit elle se réveille, c'est toutes les nuits, elle me regarde et se rendort ». L'idée de l'« enfantillage » dû à l'âge était souvent associée. Cette difficulté de séparation pendant la recherche n'a pas forcément été identifiée comme un problème par les mères avant l'âge de 5 ou 6 ans.

Des difficultés liées au comportement ont été identifiées par les mères, des crises de colère, d'opposition. Les enfants étaient décrits comme des « enfants différents », « des enfants qui se roulent par terre », « un enfant qui n'interagit pas comme les autres avec les autres enfants ». La colère de l'enfant étant pointée comme une « crise », « pleurs », qui « refuse d'obéir ».

Les retards de langage ont été perçus dans les discours des mères majoritairement comme « volonté de l'enfant de parler ou pas », « c'est un enfant qui met son temps pour parler » mais pas forcément comme une difficulté avant 5 ans. ,.

Enfin les difficultés en lien avec un évènement potentiellement traumatique comme par exemple un décès, ont souvent été décrites comme non existantes chez l'enfant. Certains enfants, dont un des parents, frères ou sœurs étaient décédés, (ayant parfois même assisté à la scène), n'ont pas été identifiés comme ayant présentés des difficultés psychologiques, du fait que « l'enfant n'a pas l'âge pour comprendre » ce qu'il s'est passé. Même si l'enfant manifestait, exprimait son envie de revoir son frère ou sa sœur, qu'il posait des questions pour comprendre où il était, il semble souvent qu'on ne lui répondait pas voire on lui disait « qu'il

va revenir ». Des exemples précis ont été décrits où l'enfant manifestait de l'anxiété et des signes de difficultés comme par exemple une maman disait « mon fils l'a réclamé pendant plusieurs semaines avec des réveils nocturnes » (son frère était décédé), « des rêves répétés où il l'appelait, où il lui parlait », « une perte d'appétit », « des pleurs fréquents », « il pense toujours qu'il va revenir », « il comprendra quand il sera plus grand, je ne lui ai rien dit ». Ou également par exemple, « cela arrive qu'il parle d'elle, mais ça l'embête pas », « par exemple, quand il joue, il dit aux autres de ne pas jouer à ce genre de jeu depuis que sa sœur est partie jusqu'à ce jour et n'est pas encore revenue ». La perception de l'adulte tendait vers l'idée que si l'enfant questionnait, ce n'était pas lié ni à de l'anxiété ni à de la tristesse, ni à l'envie de l'enfant de savoir ce qu'il s'était passé. Culturellement, « on ne parle pas de la mort à un enfant » car « il comprendra lui-même quand il sera plus grand ». Il semblait important de discuter ces difficultés spécifiques plus en détail.

La confrontation à la mort

D'un point de vue adulte, le jeune enfant est perçu comme un être passif, incapable d'interpréter son environnement « trop jeune pour comprendre », notamment dans cette recherche lors de la confrontation à la mort d'un proche (comme un parent ou un frère ou une sœur). Pourtant, dans la littérature, les bébés et jeunes enfants sont décrits comme percevant de manière directe et indirecte les traumatismes, la mort, ce qui peut se faire au travers de leur entourage. Ils peuvent en garder des traces lors de leur développement et cela peut avoir des conséquences sur leur comportement (Baubet, Lachal, Ouss-Ryngaert, & Moro, 2006; Baubet, LeRoch, Lachal, Ouss, & Moro, 2003; Romano, 2009). Bailly insiste également sur le fait que les jeunes enfants n'ont certes pas « une représentation complète de mort, mais qu'ils ont une représentation de la vie », ainsi considéré on peut très facilement penser les possibles

conséquences sur le quotidien de l'enfant (Bailly, 2006). Ce point est très important car malgré une multitude de publications, il reste fréquent de croire qu'un jeune enfant ne puisse pas percevoir des événements difficiles « être touché », « en souffrir », comme si cela était réservé à l'adulte (Romano, Marty, Baubet, & Moro, 2013; Romano, 2012). Nous avons un exemple qui éclaire cette position.

Nous avons rencontré lors des entretiens individuels une petite fille de cinq ans, qui présentait des signes de difficultés psychologiques que nous avons liés à des décès successifs dans la famille de personnes dont elle était proche. Elle présentait des insomnies, réveils fréquents, perte d'appétit, pleurs, elle était décrite comme ayant changé depuis. Même si le mot tristesse n'avait pas été utilisé nous l'avons interprété ainsi lorsque la grand-mère a décrit sa petite fille comme « se mettant à l'écart, voulant restée seule », signes que sa grand-mère datait de la mort de son oncle sans pour autant faire le rapprochement entre les deux. L'idée partagée par la famille semblant être « elle est trop petite pour comprendre » et pourtant cliniquement cette petite fille manifestait des difficultés visibles et réelles. Le grand père, marabout, avait utilisé des techniques traditionnelles, telles que des fumigations et récitation du Coran car il avait noté que sa petite fille avait changé.

Cet exemple ouvre la discussion sur deux questions, la mort chez l'enfant (dans une perception adulte) de manière directe (témoin) ou indirecte et également touche plus largement à la reconnaissance en clinique du concept de traumatisme chez le jeune enfant.

Tout au long de la recherche des discussions similaires ont eu lieu avec les expatriés sur le terrain mais également certains soignants nationaux (personnel médical) qui montraient parfois leur étonnement quant à la possibilité pour un jeune enfant de présenter des difficultés, « s'ils sont confrontés à quelque chose de difficile ils oublient, ils ne retiennent pas, ils ne comprennent pas », et ce également lorsqu'il est confronté à la mort. Il y a eu concordance

entre la perception sur le terrain et la perception du personnel soignant. Néanmoins, il semble important de se questionner dans ce contexte particulier. En effet la population au Niger (et notamment les enfants) sont confrontés à des périodes de difficultés d'accès à la nourriture récurrente. Le taux de malnutrition sévère chez l'enfant est élevé, avec un taux de mortalité élevé (MSF intervient depuis de nombreuses années en termes de prévention et prise en charge de la malnutrition). La confrontation d'un enfant à la mort d'un frère ou d'une sœur est fréquente sur le terrain, lors de cette recherche par exemple 50% des foyers ayant participé, ont dit qu'au moins un des enfants de la fratrie était décédé (les causes majoritaires étant interprétées comme liée à la malnutrition).

De manière générale, lors des entretiens individuels et discussion de groupe, la réponse la plus fréquente concernant la confrontation au décès était « on ne dit rien à l'enfant », aucun mot n'est généralement posé, ce qui se dit c'est « ton frère va revenir », « elle est partie mais va revenir ». Il est parfois même possible d'entendre des personnes dire que dans un tel contexte les mères ne s'attachent pas aux enfants jeunes car elles savent qu'il y a une chance de mourir, y incluant la culture comme une raison, ce qui est choquant.

Lorsque nous parlons de la mort et de la confrontation d'un enfant à la mort, il semble dans un sens commun, et notamment par les parents, proches et communauté voire professionnels sur le terrain que l'enfant, ne pouvant se représenter la mort du fait de son jeune âge, ne ferait pas le lien entre la mort et un événement survenu. Pourtant dans la majorité des histoires collectées pendant la recherche, lorsque l'enfant avait été confronté directement ou indirectement à la mort d'un proche et qu'il demandait où était cette personne, on lui répondait souvent que cette personne était partie et reviendrait. L'explication associée étant qu'en grandissant l'enfant se rendrait compte de lui-même qu'elle/il ne reviendrait jamais. L'enfant qui poserait trop de questions serait presque pointé par les autres. Ce résultat est surprenant et en même temps banal car il est commun de penser que l'enfant ne puisse pas

comprendre « parce qu'il est trop petit ». La perception locale et la perception d'acteurs humanitaires et médicaux coïncidaient.

Toutes ces données semblent liées entre elles, le socle incluant la perception de l'enfant lui-même. L'idée de la nécessité de protéger le jeune enfant du fait de son âge est présente et s'oppose en un sens au fait que l'enfant, dans ce même dispositif, se retrouve seul parfois face à des événements difficiles car il est perçu comme ne pouvant pas comprendre. Il serait difficile d'y répondre de manière simplifiée et résumée mais ce qui semble important, voire nécessaire repose sur le renforcement sur le terrain de la sensibilisation non seulement dans les communautés touchées par des événements difficiles, mais également au sein même des équipes soignantes de l'importance d'être attentifs aux enfants. Comme par exemple, un enfant qui continue ses activités quotidiennes, telles que le jeu, n'est pas un signe qu'il n'a pas perçu l'évènement ou même pas été affecté.

Conséquences possible de l'intervention d'un tiers dans l'évaluation de l'enfant

Ce qui a été étudié dans cette recherche est le point de vue essentiellement des mères et des personnes interagissant avec l'enfant. La mère répondant dans la majorité des cas aux questionnaires, elles se sont parfois projetées elle-même dans les réponses. L'enfant était majoritairement présent pendant l'entretien, dans certains cas apparaissant, une discordance entre le discours de la mère et l'interaction directe observée avec l'enfant.

Dans les premiers jours de la recherche transculturelle, j'ai rencontré une maman et son enfant, dont le score obtenu au QGE était supérieur au seuil d'orientation. J'étais venu proposer une consultation avec la mère et l'enfant afin d'évaluer la nécessité ou non d'une orientation pour une prise en charge psychologique. L'enfant était dans un premier temps plutôt discret, il n'interagissait pas avec la traductrice quand elle lui parlait. Deux éléments assez rapidement sont devenus importants: il était inquiet de notre présence et il ne semblait

pas à l'aise avec moi (les enfants avaient parfois peur des expatriés du fait des campagnes de vaccination et donc de la piqûre). Au cours de l'entretien, la maman a raconté des événements difficiles et présentait elle-même des éléments dépressifs avec une tristesse très marquée. L'outil a détecté les difficultés de la mère, qui projetait beaucoup de tristesse et de peur que quelque chose arrive à son fils, la symptomatologie lui appartenait d'avantage qu'à l'enfant. Très bien documenté, dans la littérature, il est mis en avant la corrélation entre dépression de la mère et des difficultés émotionnelles et comportementales des enfants et adolescents (Bele, Bodhare, Valsangkar & Saraf , 2012; Cumming & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; Goodman & Gotlib, 1999; Peiponen, Laukkanen, Korhonen, Hintikka, & Lehtonen, 2006; Riley et al., 2009; Weissman et al., 2006). La recherche aurait pu être enrichie par des entretiens avec l'enfant seul et des observations, mais les contraintes de terrain (logistique et sécuritaire) n'ont pas permis de les mettre en place.

La question de l'accès aux soins et le repérage des difficultés psychologiques

De manière plus générale pendant la discussion, il est apparu important d'évoquer la question de l'accès aux soins psychologiques dans de tels contextes, où la santé mentale est parfois inexistante ou en cours de développement. Ce sont des résultats et réflexions qui n'ont pu être insérés dans l'article du fait de la concision nécessaire lors des publications. Au Niger, en dehors de la capitale Niamey, la santé mentale est peu développée voire absente. A Maradi, il existe un seul service de psychiatrie dirigé par des techniciens supérieurs en santé mentale qui couvre toute la région de Maradi, dont l'activité pédopsychiatrique est peu développée. Dans ce cas, les personnes ont d'avantage recouru à la médecine traditionnelle, en allant consulter des guérisseurs, leaders religieux. Un des psychiatres de Niamey l'a expliqué par le manque de sensibilisation de la population à ce type de soins et donc par ignorance de ce service, on pourrait ajouter également par manque de structure.

Les consultations pédopsychiatriques, à l'époque de la recherche, étaient souvent liées, d'après lui, « à des épilepsies ou des psychoses infantiles bruyantes ». Le psychiatre a expliqué également que toutes les symptomatologies dépressives, anxieuses n'étaient pas orientées du fait que ce soit souvent des pathologies « silencieuses », et qu'elles étaient souvent contenues au sein de la famille. Un enfant serait adressé s'il présente des signes cliniques d'agitation, de menaces envers les autres, mais pas s'il est calme, anxieux, silencieux.

La question également des traitements médicamenteux possibles est importante, difficiles à se procurer, par manque d'approvisionnement et également de ressources financières. Le psychiatre décrivait une « position d'abandon », qu'il expliquait par le fait qu'en absence de traitement efficace, les parents cherchaient à isoler l'enfant, voire à l'abandonner. Il a cité l'exemple d'un enfant venu en consultation avec ses parents, diagnostiqué comme un enfant « hyperactif », aucun traitement médical n'était accessible. Il avait proposé aux parents un suivi sans traitement, les parents lui auraient dit que s'il ne pouvait prescrire de médicaments pour le calmer, le suivi ne servait à rien.

Un des psychologues du service de psychiatrie à Niamey donna un autre exemple d'un père venu avec son fils pour une consultation liée à une agitation dite aigüe. . N'ayant pas de traitement disponible, le psychologue lui aurait dit qu'il fallait du temps et être patient. Le père lui aurait répondu que ce n'était pas possible car son fils perturbait l'organisation de la famille. Il aurait demandé s'il était possible de l'abandonner ou bien de le référer à une structure adaptée. Durant la recherche sur le terrain, nous n'avons pas collecté beaucoup d'informations sur ces « abandons », il a semblé que ces enfants agités, dits « difficiles », étaient d'avantage confiés à des grands parents.

A Maradi, au-delà de la distance à parcourir pour accéder à la consultation, celle-ci est payante ce qui pose des problèmes en terme d'accès aux soins. En 2009, d'après le registre, le service avaient accueilli 543 patients dont 58 de moins de 18 ans et 28 de moins de 10 ans, parmi lesquels la majorité des enfants étaient « épileptiques ». Le service, d'après les infirmiers psychiatriques, étant peu connu, « les enfants arrivent tard dans le service », « avant d'arriver dans le service, les parents ont souvent consulté les thérapeutes traditionnels, si ce traitement n'a pas eu de résultat alors parfois les enfants sont amenés ici ».

Il est important de rappeler que la majorité de la recherche s'est déroulée en milieu rural, ou parfois même l'accès aux soins médicaux était difficile du fait de la distance à parcourir. Les membres de la communauté (enfants ou adultes) étaient en cas de difficultés psychologiques orientés majoritairement vers les thérapeutes traditionnels du fait de la croyance bien évidemment mais également, et il est important de le mentionner, du fait du manque de sensibilisation de la population, du manque voire inexistence de structures de prise en charge et donc du manque de personnel qualifié dans les structures de soins en milieu rural. Un certain nombre d'exemples ont été cités, notamment dans le cas d'agitation, de sommeil difficile, de changement de comportement de l'enfant où les parents se sont naturellement orientés vers le centre de santé pour y trouver de l'aide. Certaines mères ayant expliqué que même le personnel soignant les orientait vers les soins dits traditionnels.

Pendant la recherche, il était fréquent lors de la présentation de la recherche d'avoir à définir « difficultés psychologiques ». Nous avons travaillé au fur et à mesure sur la présentation et les mots utilisés pour être le plus descriptif possible et ainsi donner du sens. Une fois adaptée, cela semblait plus clair et les participants décrivaient des signes liés à des difficultés, troubles psychologiques entendus ou vécus par leur propre enfant.

Dans ce contexte de création et développement d'outils de dépistage, ils peuvent être utilisés pour expliquer et sensibiliser les communautés. Bien souvent la consultation de prise en charge n'est pas connue par la population, ils sont d'avantage familiarisé avec la consultation médicale, et dans le cas de présence de structure de soins psychologiques, s'ils ne sont pas orientés par les médecins, les patients ne les connaissent pas.

Orientation vers les thérapeutes traditionnels

L'objectif principal de la recherche qualitative s'intéressait à l'identification des difficultés chez les jeunes enfants par les mères. En cas de difficultés repérées, les mères ont souvent décrits des orientations vers les thérapeutes traditionnels (en l'absence d'autres possibilités de consultation). Dans un contexte de dépistage, il me semblait important de les inclure afin de mieux appréhender le type d'orientation, la perception en terme d'efficacité selon la mère mais également de mieux comprendre la prise en charge locale de l'enfant. Il me paraissait également intéressant de montrer que les mères, même sans avoir reçu de sensibilisation particulière, étaient en mesure de dépister les difficultés de leurs enfants. Même si elles ne pouvaient les nommer, elles les reconnaissaient et utilisaient un système de référencement dans le but de venir en aide à l'enfant.

Il a été mis en évidence lors de cette recherche qualitative une stratification des orientations en fonction de la sévérité des difficultés repérées, les troubles du sommeil légers étaient plutôt orientés vers les religieux, les troubles bruyants, les agitations orientés vers les guérisseurs et enfin les troubles sévères décrits tels que des retards de développement sévères vers les prêtresses du culte du Bori (Broustra-Monfouga, 1973; Davidoff, 2006; Sullivan, 2005).

Ces résultats sont connus au travers de publications depuis de nombreuses années (Jaffré, Moumouni, Olivier de Sardan, & Souley, 2003; Yoro & Guillemette, 2012), et

pourtant encore aujourd'hui l'intégration de ces pratiques, dans le but de collecter des données, est encore perçue comme « folklorique ». Ne serait-ce pas un moyen également lors des évaluations des besoins sur le terrain d'obtenir des informations importantes et également de sensibiliser ? Dans les pays en voie de développement, où souvent les structures de soins psychiques n'existent pas, des moyens de prise en charge sont souvent mis en place dans la communauté. Dans une démarche de dépistage cela semble important. Si une personne est désignée par la communauté comme pouvant "guérir", cela signifie qu'à la base la communauté identifie les difficultés et les reconnaît.

Les limites

Pour finir, il semblait pertinent de discuter quelques limites identifiées concernant la recherche qualitative. La première concerne l'âge des mères incluses qui n'a pas été pris en compte dans les analyses et qui pourrait avoir eu un impact sur le dépistage des difficultés. Il nous semblait important de l'évoquer car certaines études décrivent une corrélation entre la présence de difficultés chez les jeunes enfants et l'âge de la mère lors de la première grossesse (Bele, Bodhare, Valsangkar & Saraf, 2012), liées d'avantage au manque d'information et/ou à la solitude de la jeune mère.

Certains auteurs décrivent également les climats violents tels que conflits dans le couple (verbalement et physiquement), les conflits entre parents, l'alcool, les problèmes financiers, comme autant de facteurs intervenant dans l'apparition de difficultés émotionnelles et comportementale (Bele, Bodhare, Valsangkar & Saraf, 2012; Gershoff, 2002). Il est important de souligner l'importance d'intégrer ces facteurs comme facteurs de risque, donc potentiellement impliqués dans la présence de difficultés psychologiques mais d'éviter

également à l'inverse de les intégrer comme étant des facteurs figés et d'en arriver à proposer des soins spécifiques basés sur ce type de critères.

Cela nous semblait également important de mentionner de nouveau que ces résultats ne sont pas exhaustifs et que cela ne veut en aucun cas dire que ce sont les seules difficultés existantes dans ce contexte particulier.

Implication générale d'une telle recherche

Cette recherche qualitative a pris tout son sens dans un contexte de dépistage. Plus largement, elle pourrait être utilisée comme une première étape pour comprendre et appréhender les différents terrains d'intervention humanitaire et ainsi adapter de manière appropriée les soins proposés et mis en place. S'intéresser à la perception des parents et plus particulièrement des mamans quand il s'agit de jeunes enfants semble pertinent lors du repérage et de l'identification de difficultés, non seulement psychologiques mais également médicales.

Dans le cas du Niger, on a pu repérer un élément très important qui pourrait être pris en compte dans les prises en charge médicale de la malnutrition sévère des jeunes enfants. Les mères ont expliqué lors de cette recherche que l'on ne forçait jamais un enfant à manger, « il mange quand il le souhaite ». Il me semble que c'est une donnée importante, notamment pour sensibiliser les mères dans une zone où la malnutrition est chronique. Elles auront peut-être tendance à ne pas forcer l'enfant à manger, par exemple les pâtes énergétiques, nourriture thérapeutique prête à l'emploi, prescrite par MSF dans les centres de prise en charge nutritionnelle. Sachant que dans les cas les plus sévères, l'enfant peut présenter des signes d'anorexie, il est essentiel que la mère oblige son enfant à manger.

Recueillir de telles informations permet d'adapter le message de sensibilisation, en incluant par exemple qu'en l'absence d'appétit, l'enfant doit être forcé afin que les doses nécessaires de compléments alimentaires journaliers soient atteintes pour la récupération de l'enfant. Cette réflexion sur la malnutrition n'est pas nouvelle et intéresse les chercheurs notamment dans des contextes culturels différents (Cooper, 2009; Storck, 1999).

La validation transculturelle de l'outil

Les résultats présentés dans cette thèse sont issus d'une large étude, incluant de multiples contextes, plusieurs pays sur une période de deux ans. L'outil a été au fur et à mesure amélioré, notamment le guide de passation standardisé en y insérant les expériences liées de la recherche et les points de formation important.

A ma connaissance, c'est une des premières recherches concernant la validation transculturelle d'un outil pour les jeunes enfants, créée à partir d'une expérience de terrain, dont l'objectif était d'obtenir un outil simple et rapide pour le dépistage des difficultés psychologiques, prêt à l'emploi, utilisable par des non professionnels dans des langues et des contextes humanitaires variés . L'intérêt de cette recherche résidait également dans le fait de proposer un outil dit « généraliste » incluant à la fois des difficultés émotionnelles et comportementales ainsi que des difficultés liées à l'exposition à un événement traumatique.

De nos jours, il y a peu de recherche dans ce domaine. Ce qui implique des variations dans les méthodologies utilisées, en terme de validité mais également de traduction des outils (Cha, Kim & Erlen, 2007). N'ayant pas encore de consensus international, c'est un champ encore en développement et à développer (Tol et al., 2012).

Il existe néanmoins un courant de chercheurs qui s'interrogent sur la meilleure manière de le développer et de proposer des outils adaptés et validés. Deux types de

validation d'outils dans les pays en voie de développement sont généralement mis en place. La validation à partir d'un outil déjà créé et développé majoritairement dans les pays développés, ou bien la création d'un outil (généralement incluant un seul domaine) dans un contexte particulier en utilisant la représentation locale de la pathologie (Bolton, 2001; Jaffré, Moumouni, Olivier de Sardan & Souley, 2003; Sakoyan, 2005).

Jusqu'à maintenant étudier la santé mentale en contexte transculturel implique en général l'utilisation des échelles créées dans les pays développés et transposés sur le terrain sans pour autant examiner leur validité (Murray et al., 2011), ce qui est insuffisant non seulement d'un point de vue méthodologique mais également éthique.

Les limites concernant la recherche quantitative ont été décrites et analysées dans l'article 2, nous ne les répèterons pas dans la discussion. Nous allons orienter la discussion sur deux points complémentaires qui nous semblent important : le choix du gold standard et l'importance souvent citée dans les publications d'analyser les dimensions de l'outil, que nous discuterons dans une perspective transculturelle.

L'une des étapes importante dans la mise en place de cette recherche a été le choix du gold standard. Méthodologiquement, deux possibilités s'offraient, l'utilisation d'un outil de dépistage ou un entretien clinique classique.

Dans cette recherche, aucun des outils existants n'avaient été préalablement validés au Niger. La méthode classique de l'entretien clinique, par un psychologue expérimenté en psychiatrie humanitaire et en transculturel, était la plus pertinente pour permettre une analyse plus fine des résultats. La question importante à laquelle répondait le psychologue clinicien était « l'enfant a-t-il besoin d'être orienté vers un spécialiste ? » à la fin de l'entretien.

L'objectif étant l'identification de signes de difficultés psychologiques en générale, il a permis de mettre en place cette méthodologie, en s'appuyant également sur la recherche qualitative. En contexte de diagnostic, la méthodologie aurait peut être dû être différente (les recherches qui développent de tels outils ciblent plutôt un seul domaine). La recherche qualitative princeps se serait concentrée sur l'identification des signes cliniques de ce cas précis. Définir précisément l'objectif de la recherche est donc primordial pour adapter la méthodologie de manière appropriée.

Clinique versus psychométrie

La majorité des validations d'échelles sont basées sur l'analyse des qualités psychométriques de l'outil. Dans cette recherche, nous nous intéressons plus spécifiquement aux propriétés cliniques, c'est-à-dire à la validité externe de l'outil en comparant dans la deuxième phase de validation l'outil à un entretien clinique, où le psychologue devait répondre si oui ou non l'enfant avait besoin d'être orienté pour une évaluation plus approfondie des difficultés perçues.

Lors des interventions humanitaires, peu d'outils sont utilisés dans le repérage des difficultés psychologiques. Une évaluation par le biais d'un instrument ne remplacera bien évidemment jamais une évaluation clinique approfondie. Mais dans ce type de contexte, cela a son utilité en termes d'efficacité, dépistage rapide et opérationnelle et pour identifier les besoins.

Dans cette recherche, la psychométrie a été au service de la perspective clinique. En général, dans une validation d'outil qu'elle soit ou non transculturelle, les qualités psychométriques telles que consistance interne, fidélité sont analysées de manière rigoureuse,

ce qui a été le cas dans la validation du PSYCa 3-6, avec un regard particulier sur la dimension clinique de l'outil. Cette mesure, nous pouvons la définir comme la capacité de l'outil de repérer si l'enfant a besoin ou non d'être orienté vers un spécialiste pour une évaluation plus approfondie. C'est la raison pour laquelle le score global du PSYCa 3-6 a été comparé à la décision clinique du psychologue à la fin de l'entretien.

Idéalement la nécessité de soins psychiques est évaluée par un clinicien qui après un entretien avec l'enfant et ses parents, décide si une offre de soins et un suivi est proposé. La plupart des outils de dépistage dans le champ de la médecine sont basés sur cette méthodologie, c'est par exemple le cas où les scores de gravité obtenus en soins intensifs, sont comparés à la mortalité et pas à des outils psychométriques (Wagner, Knaus, & Draper, 1983).

La concordance entre l'entretien clinique et le score du PSYCa 3-6 a suggéré que l'utilisation de la classification CIM 10 n'a pas influencé les résultats. Le psychologue, ayant supervisé l'étude et réalisé les entretiens cliniques, était formé non seulement à la prise en charge des enfants mais également en psychiatrie transculturelle, auxquelles s'ajoutait une expérience dans les interventions humanitaires.

Les dimensions d'une échelle de dépistage

Un autre débat dans la littérature concerne les dimensions de l'échelle. Toute échelle, outil, questionnaire repose lors de sa création sur des dimensions psychopathologiques, en fonction de leur objectif (diagnostiquer une pathologie spécifique par exemple ou bien plus générale intégrant plusieurs pathologies).

Lors de leur validation dans des contextes différents, par exemple population clinique versus non clinique, dans des langues différentes, classiquement on vérifie la stabilité des dimensions initiales.

Idéalement, la définition des troubles psychiatriques, les taxonomies devraient être stable, mais l'expérience a montré le contraire ainsi que les catégories variaient en fonction des systèmes de classification internationale (Littlewood, 1992; Thakker & Ward, 1998; World Health Organization, 2004). Par exemple, des taux plus élevés de troubles du déficit de l'attention sont trouvés quand la cotation se fait avec le DSM IV comparativement à la CIM 10 (Canino & Alegria, 2008). Les deux classifications requièrent lors des diagnostics que les symptômes présents lors de l'évaluation soient inappropriés, persistants et fréquents. Néanmoins, la définition de ces termes dans le contexte de cultures différentes ne sont pas donnés pour chacune des classifications, laissant souvent la décision aux interprétations cliniques, et sont donc parfois moins précises et inconsistante en les considérant dans plusieurs cultures (Bird, 1996).

Néanmoins, dans une perspective transculturelle, on s'attend également à une évolution des dimensions lorsque les contextes culturels changent et cela peut s'expliquer du fait de la différence de l'expression des troubles mentaux, difficultés psychologiques. Nous rappelons ici l'histoire de l'échelle. Le développement de l'outil, le QGE, était basé sur une liste d'items correspondant à une définition générale de la psychopathologie du jeune enfant, donc incluant des items dérivant de plusieurs domaines (chaque dimension, facteurs d'une échelle de dépistage pouvant inclure plusieurs items et scores). En la réduisant lors de sa validation au Niger, les items gardaient, correspondaient à des items généralistes représentant des difficultés dans leurs domaines les plus classiques (sommeil, appétit, troubles de la régulation, relation aux pairs, agressivité). Nous avons postulé que ces difficultés étaient les plus

sensibles au dépistage des difficultés psychologiques du jeune enfant en considérant différents contextes et langues.

L'analyse de facteur a été ajoutée à terme indicatif. Il a été intéressant de regarder l'évolution des facteurs au cours de la validation. En contexte transculturel, il n'est pas rare de voir évoluer les dimensions des outils lorsqu'il s'agit d'outil de dépistage pluridimensionnel (Bagby, Ryder, Schuller & Marshall, 2004).

Lors de la validation, l'adaptation et la réduction de l'outil ont permis de mettre en évidence un outil plutôt unidimensionnel, pouvant être interprété comme la dimension des difficultés psychologiques du jeune enfant. La structure de corrélations dépend des contextes et de la sévérité des difficultés présentées.

Dépistage par un tiers proche de l'enfant

En France, lorsque l'on parle d'évaluation psychologique du jeune enfant, cela implique non seulement une équipe professionnelle pluridisciplinaire mais également la participation de plusieurs personnes proches de l'enfant comme par exemple les parents, les instituteurs, l'entourage. Il est important dans ce contexte de rappeler qu'une intervention humanitaire est souvent synonyme de rapidité, et il n'est malheureusement pas possible dans un premier temps de recueillir des informations complètes concernant l'enfant et d'en faire un diagnostic précis. Dans ce contexte précis, le PSYCa 3-6 répond à une exigence de terrain, repérer et identifier rapidement les enfants pour les orienter de manière adéquate. Ce premier repérage permettra au psychologue/psychiatre qui recevra l'enfant de mieux définir ses besoins en termes de soins.

Sensibilité du PSYCa 3-6 en fonction des contextes

La sensibilité de l'outil a varié en fonction des différentes populations choisies pour les validations. La plus grande variation dans les données a concerné Matharé (validation au Kenya). Le nombre d'enfants ayant présentés des difficultés psychologiques a été plus élevés que pour les autres validations, la sévérité des difficultés était plus importante en terme de score obtenu au PSYCa3-6 et plus importante dans la cotation du CGI-S. Ces résultats ne sont pas surprenant, ils suggèrent que l'utilisation de PSYCa 3-6, lors d'intervention humanitaire, est appropriée et d'autant plus sensible en terme de dépistage dans des contextes où les enfants sont d'avantage exposés à la violence.

En Colombie, contexte violent également, les enfants ont été moins orientés. Cela peut s'expliquer par le fait que les enfants sont proches de leurs mères (physiquement) et qu'ils semblent d'avantage protégés par leur mère, jusqu'à 6 ans, dans le contexte particulier de Buenaventura. Comparativement, à Matharé, 60 % des foyers sont des foyers de mères célibataires qui sont socio-économiquement obligées de travailler quotidiennement, laissant souvent les enfants en charge à d'autres personnes. Les enfants y sont souvent plus libres et donc plus exposés à la violence.

Discussion globale de la recherche

Ce projet de recherche couvre plusieurs champs de recherche incluant deux axes principaux, la clinique transculturelle et la validation d'un outil de dépistage des difficultés psychologiques conçu pour les interventions humanitaires.

Le fait d'avoir intégré deux méthodologies, quantitative et qualitative, s'est montré très riche. Premièrement dans la phase pilote qui concernait la compréhension des items et deuxièmement pendant la validation transculturelle afin de soutenir l'identification des

difficultés psychologiques et d'affiner les résultats (Bolton & Tang, 2004; De Jong & Ommeren, 2002; Van Ommeren et al., 1999).

Le premier avantage de la recherche transculturelle, concernant le développement et la création d'outils de dépistage, repose non seulement sur la possibilité d'identifier les besoins en amont mais également pendant l'intervention. L'un des objectifs étant de développer des systèmes de référencement des enfants en besoin de soins psychiques. Cet outil peut être utilisé par les coordinateurs terrain, sans pour autant avoir une formation sur la prise en charge psychique des jeunes enfants. Cela permet de manière opérationnelle d'évaluer les besoins et de mettre en place le dispositif adapté. Il est cependant important de rappeler que pour des raisons éthiques à partir du moment où l'outil est utilisé, il faut s'assurer que les enfants dépistés puissent être référés dans des structures appropriées, le cas échéant de développer des dispositifs adéquats.

La simplicité d'un tel outil permet de former de manière rapide les équipes. Après validation de l'outil, un kit « prêt à l'emploi » a été développé (annexe 3), il inclut l'outil lui-même avec les traductions déjà utilisées, un guide de passation ainsi que les procédures de traduction et de mise en place sur le terrain.

Dans de tels contextes d'intervention, la malnutrition, la pauvreté, l'exposition à des événements potentiellement traumatiques sont autant de facteurs présentés dans certaines études comme ayant un impact sur le développement de difficultés émotionnelles et comportementales (Bele, Bodhare, Valsangkar & Saraf, 2012; Rahman & Hussain, 2001). A cela s'ajoute les difficultés financières, l'absence de structures de soins ainsi que la perception, le stigma, les conceptions erronées de la santé mentale qui représentent autant de barrières à l'accès aux soins psychiques. En général dans la recherche, les facteurs de risque dans le développement des difficultés psychologiques ont été plus étudiés que les facteurs

« protecteurs » (Patel, Flisher, Nikapota & Malhotra, 2008), qui protègent l'apparition de difficultés psychologiques (Patel & Goodman, 2007).

Créer et développer de tels outils, simples et rapides, pour usage dans des contextes d'urgence et humanitaire permet non seulement de faire de la sensibilisation et prévention mais également au niveau opérationnel d'organiser les soins en fonction des besoins.

Lors des interventions humanitaires, ces dernières années, la recherche et les interventions se sont particulièrement intéressées aux enfants de plus de 6 ans (Elbert et al., 2009; Murray et al., 2011; Neuner, Schauer, Catani, Ruf & Elbert, 2007) et se sont concentrées sur le trauma, comparativement aux difficultés psychologiques en général (Folmar & Palmes, 2009; Qouta, Punamaki & El Sarraj 2003; Thabet, Abed, & Vostanis, 2004). Cela est dû notamment à l'idée préconçue que l'exposition à la violence entraîne majoritairement des symptômes post traumatiques. Récemment, un certain nombre de publications ont critiqués cette position, ainsi que l'utilisation exclusive d'outil de dépistage de symptômes post traumatique (Jordans, Ventevogel, Komproe, Tol, & De Jong, 2008; Mollica et al., 2004).

Il semble important d'obtenir une vision globale des besoins du jeune enfant (en général et pour tout type d'âge), le trauma pouvant inclure différents types de difficultés (Klasen et al., 2010). Les recherches incluant des éléments psychopathologiques plus larges chez les jeunes enfants permettraient de proposer des mises en place des soins plus spécifiques et appropriés, prenant en charge non seulement les difficultés liées à l'exposition à un événement potentiellement traumatique sans en oublier d'autres aspects émotionnels et comportementaux. En travaillant sur le terrain, on se rend rapidement compte effectivement qu'après un événement potentiellement traumatique, les premiers signes sont liés au trauma mais peuvent également masquer un tableau clinique préexistant.

La recherche concernant la validité transculturelle des outils utilisés dans les pays développés reste essentielle afin de pouvoir identifier, prioriser les besoins et développer les systèmes de référencement (Barenbaum, Ruchkin & Schwab- Stone 2004; Betancourt, Speelman, Onyango & Bolton, 2009; Betancourt et al., 2009; Lustig et al., 2004; Tol et al., 2008).

Continuer le développement dans le domaine des outils et échelles de dépistage, c'est proposer un moyen simple, non coûteux de repérer les difficultés et d'orienter. Cela entraîne bien évidemment une nécessité de formation, mais l'avantage étant de les concevoir simples et pour des non professionnels.

Cette recommandation vaut également pour le champ de la santé mentale des adultes, développer des outils simples et rapides d'évaluation et d'orientation par des non spécialistes, pour repérer les difficultés psychologiques dans des contextes variés et souvent difficiles, repérer le plus rapidement possible c'est orienter les personnes en besoin et également promouvoir la nécessité d'intégrer la composante santé mentale.

Ces dernières années, l'intérêt concernant les conséquences des conflits armés sur les enfants s'est accru (Barenbaum, Ruchkin & Schwab-Stone, 2004; Betancourt & Williams, 2008; Lustig et al., 2004). L'une des principales idées générées étant l'importance de pouvoir repérer les besoins et les prendre en charge de manière appropriée pour éviter des conséquences à long terme. Il me semble pertinent aujourd'hui de dire que repérer, évaluer, orienter, traiter les jeunes enfants quand ils présentent des difficultés psychologiques ne devrait pas être considérée juste dans une perspective développementale, avec l'idée dominante d'obtenir un impact à court terme durant la période de développement de l'enfant, mais devrait être perçu dans une perspective aussi d'impact sur la vie adulte (Rutter, 1986).

Encore de nos jours, l'utilité des programmes de soins psychiques intégrés dans les soins de manière systématique reste questionnée, en incluant un dit « manque d'évidence » (Llosa et al., 2012). De telles recherches et propositions d'outils adaptés aux conditions de terrain sont d'une grande importance pour pouvoir proposer et mettre en place des soins appropriés destinés à des populations vulnérables, exposées à des conflits et à la violence.

Dépister les difficultés dans de tels contextes c'est pouvoir proposer une évaluation adaptée en prenant en compte les ressources limitées. Beaucoup de recherches concernant la validation d'outils sont souvent réalisées dans une langue donnée mais la capacité de les utiliser dans d'autres langues reste parfois en suspens.

L'originalité de cette recherche est d'avoir validé l'outil dans un contexte spécifique à Maradi (Niger) et d'y avoir adapté l'outil. Par la suite, lors des validations complémentaires (Colombie et Kenya), l'outil a été traduit dans la langue cible, les analyses des données ont permis de vérifier si « clefs en main » l'outil dépistait les enfants présentant des difficultés psychologiques dans deux autres populations distinctes.

Conclusion

La validation transculturelle, incluant différents contextes, a montré la fiabilité et validité du PSYCa 3-6. Les trois versions validées montrent des résultats psychométriques et cliniques appropriés concernant le repérage de difficultés psychologiques chez le jeune enfant en contexte humanitaire.

A notre connaissance, c'est la première échelle de dépistage des difficultés psychologiques du jeune enfant de moins de 6 ans, adaptée aux contraintes des interventions humanitaires et validée selon une méthodologie transculturelle. Son utilisation présente également des avantages sur les terrains où les ressources humaines sont parfois limitées, tels que brièveté, administration facile, utilisable par des non spécialistes, ainsi que l'inclusion de plusieurs domaines de la psychopathologie du jeune enfant. De même, en dehors d'un contexte d'intervention d'urgence, l'outil pourrait être utilisé pour identifier des enfants difficilement accessibles (du fait de la distance ou isolement par exemple) afin de référer ceux nécessitant une évaluation plus approfondie.

La création et le développement d'outils de dépistage pour des non professionnels lors d'interventions humanitaires semblent une réponse pertinente et adaptée aux contraintes liées au contexte lui-même. L'objectif principal reste la prise en charge adéquate des personnes souffrant de difficultés psychologiques et dans ce travail de recherche présenté celles des jeunes enfants trop souvent ignorée.

De manière opérationnelle, il est important de rappeler que même si des outils existent, validés dans certains contextes et intéressants, la rapidité des interventions ne permet pas toujours de les utiliser (nécessité de formation spécifiques, droits d'auteurs nécessitant des accords préalables, passations de plus de 30 minutes voire une heure). De plus pour certaines

échelles utilisées à une échelle internationale, il y a nécessité d'une qualification universitaire afin de pouvoir côter et interpréter les résultats, ce qui n'est pas toujours adapté lors d'intervention d'urgence.

Les soins psychiques, lors des interventions humanitaires, sont de plus en plus intégrés à des programmes médicaux et doivent donc s'adapter à des modalités particulières. Elles restent souvent en fin de liste des priorités donc proposer une méthodologie simple facilite leur mise en place.

En développant de tels outils, cela permet également de sensibiliser voire former le personnel soignant sur certains aspects de la psychopathologie, notamment au repérage et à l'identification. La formation doit rester également un élément important dans ces interventions afin de garantir un programme pérenne et une continuité dans les soins proposés.

D'un point de vue santé publique, la capacité d'identifier des difficultés psychologiques représente une avancée importante pour la prise en charge psychologique des jeunes enfants dans des contextes parfois difficiles. Ces résultats encouragent l'adaptation et la validation d'outils de repérage des difficultés dans des contextes humanitaires. L'outil est aujourd'hui considéré comme validé et a été utilisé dans des contextes variés d'intervention de MSF France (Haïti, Jordanie, Philippines). L'outil « clef en main » n'a besoin que d'être traduit (en garantissant une traduction rigoureuse dans la langue locale) ce qui rend facile sa mise en place.

Il est important et nécessaire de promouvoir de tels projets qui restent indispensables pour garantir l'accès aux soins pour tous et développer des activités adaptées.

Une seconde échelle PSYCa 6-36, concernant les bébés et très jeunes enfants de 6 mois à 36 mois a été créé et développée et est en cours de validation transculturelle dans différents contextes (Epicentre, MSF France). L'objectif final étant d'obtenir un kit complet incluant des échelles simples et rapides pour tous les âges.

Bibliographie

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide to the 1991 CBCL 4-18, YSR and TRF Profiled*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Al-Obaidi, A. K., Nelson, B.D., Al Badawi, G., Hicks M.H. & Guarino, A.J. (2012). Child mental health and service needs in Iraq: beliefs and attitudes of primary school teachers. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 171-179.
- Appleton, J. V, Harris, M., Oates, J., & Kelly, C. (2013). Evaluating health visitor assessments of mother-infant interactions: a mixed methods study. *International journal of nursing studies*, 50(1), 5-15.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight?, *Am J Psychiatry*; 161:, 2163-2177.
- Bailly, D. (2006). Traumatisme psychique chez le jeune enfant et théories sociales infantiles. In *Baubet, Lachal, Ouss Ryngaert, Moro, Bébes Et Trauma* (p. 59-65). Grenoble: La pensée Sauvage.
- Balaban V. (2006). Psychological Assessment of Children in Disasters and Emergencies. *Disasters*, 30(2), 178–198.
- Barenbaum J., Ruchkin V., Schwab-Stone, M. (2004). The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 41-62.
- Bass, J. K., Ryder, R. W., Lammers, M.-C., Mukaba, T. N., & Bolton, P. A. (2008). Post-partum depression in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: validation of a concept using a mixed-methods cross-cultural approach. *Tropical medicine & international health*, 13(12), 1534-42.
- Baubet, T., Lachal, C., Ouss-Ryngaert, L., & Moro, M.R.. (2006). *Bébés et traumas*. Grenoble: La pensée Sauvage.
- Baubet, T., LeRoch, K, Lachal, C., Ouss Ryngaert, L., & Moro, M.R. (2003). *Soigner malgré tout. Vol. 2: Bébés, enfants, et adolescents dans la violence*. Grenoble: La pensée Sauvage.
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2009). *Psychopathologie transculturelle De l'enfance à l'âge adulte*. Paris: Masson.
- Bayer, C. P., Klasen, F., & Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 298(5), 555-9.

- Bazeley, P. (2004). Issues in mixing qualitative and quantitative approaches to research. In *Applying Qualitative Methods to Marketing Management Research* (p.141-156). Londres: Palgrave Macmillan.
- Behar, L. (1977). The Preschool Behavior Questionnaire. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5(3), 265-275.
- Bele, S. D., Bodhare, T. N., Valsangkar, S., & Saraf, A. (2012). An epidemiological study of emotional and behavioral disorders among children in an urban slum. *Psychology, Health and Medicine*, 1-10.
- Belfer, M.L.. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-236.
- Betancourt, T.S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *International review of psychiatry*, 20(3), 317-28.
- Betancourt, T. S., & Williams, T. (2008). Building an evidence base on mental health interventions for children affected by armed conflict. *Intervention*, 6(1), 39-56.
- Betancourt, T.S., Speelman L., Onyango G. & Bolton P. (2009), Psychosocial problems of war affected youth in Northern Uganda, A qualitative study, *Transcultural Psychiatry*, 46(2), 238-256.
- Betancourt, T.S., Bass, J., Borisova, I., Neugebauer, R., Spellman, L., Onyamgo, G., & Bolton, P. (2009), assessing local instrument reliability and validity: a field-based example from nothern Uganda, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44 (8), 685-692.
- Bird, H. R. (1996). Epidemiology of Childhood Disorders in a Cross-Cultural Context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 35-49. doi:10.1111/j.1469-7610.1996.tb01379.x
- Bolton, P. A. (2001). Cross-Cultural Validity and Reliability testing of a Standard Psychiatric Assessment Instrument without a Gold Standard. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(4), 238-241.
- Bolton, P.A., & Tang, A. M. (2004). Using Ethnographic Methods in the Selection of Post-Disaster , Mental-Health Interventions. *Prehosp Disast Med*, 19(1), 97-101.
- Bolton, P.A., & Weiss, W.M. (2001). Communicating Across Cultures: Improving Translation to Improve Complex Emergency Program Effectiveness. *Prehospital and Disaster Medicine*, 16(4), 252-256.
- Bossuroy, M. (2012). *Le bilan psychologique en situation transculturelle Contribution à une amélioration des pratiques*. Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Institut de psychologie. Thèse de doctorat.

- Bravo, M., Canino, G., Rubio-Stipec, M., & Woodbury, M. (1991). A cross-cultural adaptation of a diagnostic instrument: The DIS adaptation in Puerto Rico. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 11, 465-494.
- Broustra-Monfouga, J. (1973). Approche ethnopsychiatrique du phénomène de possession. Le Bori de Konni (Niger), étude comparative. *Journal de la Société des Africanistes*, XLIII(2), 197-220.
- Canino, G., & Alegria, M. (2008). Psychiatric diagnosis—is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 237-250.
- Caron, J. (2002). Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale. [En ligne]. www.rsmq.qc.ca/fr/f_ressources_communes.htm, Site Web du Réseau santé mentale au Québec.
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC psychiatry*, 9, 22.
- Cha, E.S., Kim, K. H., & Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 386-395. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17442038>
- Chan, Y.-F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 14-24. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 14-24.
- Cooper, B.M. (2009). Chronic malnutrition and the trope of the bad mother: Reflections on the 2005 crisis in Niger. In *A Not-so Natural Disaster: Niger 2005* (p. 147-170). New York: Columbia University Press.
- Croton, G. (2007). *Screening for and assessment of co-occurring substance use and mental health disorders* by Alcohol & Other Drug and Mental Health Services.
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 69-77.
- Cumming, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiat*, 35(1), 73-112.
- Davidoff, V. (2006). *Les louanges du goge dans les jeux du bori à Tahoua (Niger)*, Mémoire de Licence en ethnologie. Université de Neuchâtel.
- De Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1984). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: Masson.
- De Jong, J.T., & Van Ommeren, M. (2002). Toward a Culture-Informed Epidemiology: Combining Qualitative and Quantitative Research in Transcultural Contexts. *Transcultural Psychiatry*, 39(4), 422-433.

- De Jong, J. T., Komproe, I., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*; 361, 2128-2130.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. Downey, Geraldine; Coyne, James C. *Psychological Bulletin*, Vol 108(1), Jul 1990, 50-76. *Psychological Bulletin*, Vol 108(1), 50-76.
- Draguns, J.G , & Tanaka-Matsumi J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*, 41(7), 755-776.
- Dumenci, L., Erol, N., Achenbach, T. M., & Simsek, Z. (2004). Measurement structure of the Turkish translation of the Child Behavior Checklist using confirmatory factor analytic approaches to validation of syndromal constructs. *J Abnorm Child Psychol*, 32(3), 335-40.
- Elbert, T., Schauer, M., Schauer, E., Huschka, B., Hirth, M., & Neuner, F. (2009). Trauma-related impairment in children-a survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. *Child abuse & neglect*, 33(4), 238-46.
- Espié, E., Gaboulaud, V., Baubet, T., Casas, G., Mouchenik, Y., Yun, O., Graiss, R.F., & Moro, M. R. (2009). Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005-2008. *International journal of mental health systems*, 3(1), 21.
- Falissard, B. (2008). *Mesurer la subjectivité en santé Perspective méthodologique et statistique*. Paris: Masson.
- Feehan, M., McGee, R., & Williams, S. (1994). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1118-1126.
- Flaherty, J. A., Moises Gaviña, F., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J. A., & Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The journal of nervous and mental disease*, 176(5), 257-263.
- Folmar, S., & Palmes, G. K. (2009). Cross-cultural psychiatry in the field: Collaborating with anthropology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(9), 873-6.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 539-579.
- Giacaman, R., Abu-Rmeileh, N. M. E., Husseini, A., Saab, H., & Boyce, W. (2007). Humiliation: the invisible trauma of war for Palestinian youth. *Public health*, 121(8), 563-71; discussion 572-7.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581-586.

- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2012). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample, *The British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106(3), 458-90.
- Hinton, W. L., Du, N., Chen, Y. C., Tran, C. G., Newman, T. B., & Lu, G. F. (1994). Screening for major depression in Vietnamese refugees: a validation and comparison of two instruments in a health screening population. *Journal of General Internal Medicine*, 9, 202-206.
- Ionescu, S. (2000). *14 approches de la psychopathologie*. Paris: Nathan.
- Jaffré, Y., Moumouni, A., Olivier de Sardan, J. P., & Souley, A. (2003). *Représentations populaires hausa et songhay- zarma de quelques maladies (entités nosologiques populaires)*. Etudes et Travaux n ° 17. Homme.
- Jones, L. (2008). Responding to the needs of children in crisis. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 20(3), 291-303.
- Jones, L., Rrustemi, A., Shahini, M., & Uka., A. (2003). Mental health services for war-affected children: Report of a survey in Kosovo. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 540-546.
- Jordans, M.J., Komproe, I.H., Ventevogel, P., Tol, W.A., & De Jong, J.T. (2008). Development and validation of the child psychosocial distress screener in Burundi. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 290-299.
- Jordans, M.J., Komproe, I.H, Tol, W.A., De Jong, J.T. (2009). Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 514-523.
- Jordans, M. J., Tol, W. A, Komproe, I. H., Susanty, D., Vallipuram, A., Ntamatumba, P., (...) De Jong, J. T. (2010). Development of a multi-layered psychosocial care system for children in areas of political violence. *International journal of mental health systems*, 4, 15.
- Jordans, M.J, Komproe, I.H, Tol, W.A., Susanty, D., Vallipuram, A., Ntamatumba P., Lasuba, A.C., & De Jong, J.T. (2011). Practice-driven evaluation of a multi-layered psychosocial care package for children in areas of armed conflict. *Community mental health journal*, 47(3), 267-77.
- Kazdin, A. E., & Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 35-52.
- Kelly, J. T., Betancourt, T. S., Mukwege, D., Lipton, R., & Vanrooyen, M. J. (2011). Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study. *Conflict and health*, 5(1), 25.

- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1999). Culture and context in the evolutionary concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 446-452.
- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C., & Adam, H. (2010). Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child development*, 81(4), 1096-113.
- Kleinman, A. (1977). Depression, Somatisation and the New Cross Cultural Psychiatry. *Social Science & Medicine*, 11, 3-10.
- Kohrt, B. A, Jordans, M. J., Tol, W. A, Luitel, N. P., Maharjan, S. M., & Upadhaya, N. (2011). Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: adapting the Depression Self-Rating Scale and Child PTSD Symptom Scale in Nepal. *BMC psychiatry*, 11(1), 127.
- Larsson, A. S., & Granhag, P. A. (2005). Interviewing children with the cognitive interview: assessing the reliability of statements based on observed and imagined events. *Scandinavian journal of psychology*, 46(1), 49-57.
- Le Du, C. (2003). Tests psychologiques et facteurs culturels. In *Psychiatrie Et Migrations*. (p. 98-112). Paris: Masson..
- Leckman, J. F., & Leventhal, B. L. (2008). Editorial: a global perspective on child and adolescent mental health. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(3), 221-5.
- Littlewood, R. (1992). DSM-IV and culture: is the classification internationally valid? *Psychiatric Bulletin*, 16(5), 257-261.
- Llosa, A. E., Casas, G., Thomas, H., Mairal, A., Grais, R. F., & Moro, M.-R. (2012). Short and longer-term psychological consequences of Operation Cast Lead: documentation from a mental health program in the Gaza Strip. *Conflict and health*, 6(1), 8.
- Lustig, S.L., Kia-Keating, M., Knight, W.G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J.D, Keane, T. Saxe, G.N. (2004). Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 24–36.
- Marans, S., & Adelman, A. (1997). Experiencing Violence in a Developmental Context. In *Children in a Violent Society* by Joy D. Osofsky (p. 202–222). New York: Guilford Press.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2009). *Enfance et psychopathologie*. Paris: Masson. p.21.
- Marquer, C., Barry, C., Mouchenik, Y., Hustache, S., Djibo, D. M., Manzo, M. L., ... Moro, M.-R. (2012). A Psychological screening tool for Young Children aged 3 to 6 years old for psychological distress in children 3-6years old: results of a validation study. *BMC psychiatry*, 12(1), 170.
- Mash, E. J., & Dozois, A. A. J. (1996). Child psychopathology: A developmental systems perspective. In *E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), Child Psychopathology* (p. 3-62). New York: Guilford Press.

- Mathai, J., Anderson, P., & Bourne, A. (2002). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS). *Advances in Mental Health*, 1(3), 235-246.
- Mollica, R.F., Lopes Cardozo, B., Osofsky, H.J., Raphael, B., Ager, A., & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, 364, 2058-67.
- Mollica, R., Wyshak, G., Khoun, F., & Lavelle, J. (1987). Indochinese version of the Hopkins Symptom Checklist-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 497-500.
- Moro, M.R. (1992). «Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles» Santé mentale au Québec, 17 (2), 71-98.
- Moro, M.R. (2002). *Enfants ici ou d'ailleurs, naître et grandir en France*. Paris: La découverte.
- Moro, M.R., & Baubet, T. (2003). *Psychiatrie et migration*. Paris: Masson.
- Moro, M.R., De La Noe, Q., & Mouchenik, Y.. (2004). *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique et travail social*. Grenoble: La pensée Sauvage.
- Moss, W. J., Ramakrishnan, M., Storms, D., Siegle, H., Weiss, W. M., Lejnev, I., & Muhe, L. (2006). Child health in complex emergencies, *Bull World Health Organ*, vol.84 n.1.
- Mouchenik, Y.. (2004). Introduction au concept de culture en anthropologie. In Moro, De La Noe, Mouchenik, Manuel De Psychiatrie Transculturelle. Travail Clinique, Travail Social (p. 50-63). Grenoble: La pensée Sauvage.
- Mouchenik Y., Gaboulaud V., Pérouse de Montclos M.O., Monge S., Baubet T., Taïeb O., Moro, M.-R. (2010). Questionnaire Guide d'Évaluation des difficultés psychologiques de jeunes enfants pris en charge par la Protection de l'Enfance. *Enfance*, 02, 143-166.
- Mouchenik, Y. (2007), Difficultés psychologiques des enfants de 3 à 6 ans placés en urgence, *Rapport de recherche - Cahier de Chaligny* Publication de la direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé. (Publication DASES, Paris).
- Mouchenik, Y., & Bellanger, F. (2003). L'identification des troubles post traumatiques chez les jeunes enfants réfugiés. In Baubet, T., Le Roch, K., Le Roch, K., Moro, M.-R., *Soigner Malgrés Tout Tome 2, Enfants Et Adolescents Dans La Violence*. Grenoble: La pensée Sauvage.
- Mouchenik, Y., Baubet, T., Bellanger, F., Godain, G. & Moro, M.R. (2001). Évaluer les troubles psychologiques post-traumatiques chez les enfants de moins de six ans. À propos d'une étude réalisée à Débar (Macédoine). *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, 2, 359-66.

- Mueller, Y., Cristofani, S., Rodriguez, C., Malaguiok, R. T., Gil, T., Grais, R. F., & Souza, R. (2011). Integrating mental health into primary care for displaced populations: the experience of Mindanao , Philippines. *Conflict and Health*, 5(1), 3.
- Mullick M.S., Goodman, R. (2001). Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(2), 94-99.
- Munir, K., & Beardslee, W. (2001). A developmental and psychobiologic framework for understanding the role of culture in child and adolescent psychiatry 2001; 10:667–677. *Cultural and Societal Influence in Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 667-677.
- Murray, L. K., Bass, J., Chomba, E., Imasiku, M., Thea, D., Semrau, K., (...), & Bolton, P. (2011). Validation of the UCLA Child Post Traumatic Stress Disorder-Reaction Index in Zambia. *International journal of mental health systems*, 5(1), 5-24.
- Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 25-30.
- Myers, K., & Winters, N. C. (2002). Ten-Year Review of Rating Scales . I: Overview of Scale Functioning , Psychometric Properties, and Selection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 41(2), 114-122.
- Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Ruf, M., & Elbert, T. (2007). Post-tsunami Stress: A Study of Posttraumatic Stress Disorder in Children Living in Three Severely Affected Regions in Sri Lanka. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 339-347.
- Omigbodun, O. (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 20(3), 225-35.
- Patel, V., Flisher, A.J., Nikapota, A., & Malhotra, S. (2008). Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(3), 313-34.
- Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology*, 36, 703-707.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302-13.
- Patel, V., Simon, G., Chowdhary, N., Kaaya, S., & Araya, R. (2009). Packages of care for depression in low and middle-income countries. *PLoS medicine*, 6(10).
- Peiponen, S., Laukkanen, E., Korhonen, V., Hintikka, U., & Lehtonen, J. (2006). The Association of Parental Alcohol Abuse and Depression with Severe Emotional and Behavioural Problems in Adolescents: A Clinical Study. *Int J Soc Psychiatry*, 52(5), 395–407.
- Petot, D. (2006). *Evaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris: Dunod.

- Prince, M, Stewart, R., Ford, T., & Hotopf, M. (2003). Practical Psychiatric Epidemiology. In *Practical Psychiatric Epidemiology* (p. 13-64), Oxford Medical Publication.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-77.
- Qouta, S., Punamaki, R-L, El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 265–272.
- Rahman, A., & Hussain, N. (2001). Social dimensions of child mental health in developing countries. *Journal Pakistan Medical Association*, 51, 226–228.
- Riley, A. W., Coiro, M. J., Broitman, M., Colantuoni, E., Hurley, K. M., Bandeen-Roche, K., & Miranda, J. (2009). Mental health of children of low-income depressed mothers: influences of parenting, family environment, and raters. *Psychiatric services*, 60(3), 329–36.
- Ringeisen, H., Oliver, K. A., & Menvielle, E. (2002). Recognition and treatment of mental disorders in children: Considerations for pediatric health systems. *Pediatric Drugs*, 4(11), 697-703.
- Romano, H.. (2009). *Dis c'est comment quand on est mort? Accompagnement des enfants sur le chemin du chagrin*. Grenoble: La pensée Sauvage.
- Romano, H. (2012). Parler aux enfants des catastrophes et des drames. *Revue L'Autre*, 39, p. 352-356.
- Romano, H., Marty, J., Baubet, T., & Moro, M.-R. (2013). Bebe en deuil et processus psychique du deuil dans la prime enfance. *Annales Medico-Psychologiques*, 171(3), 135-140.
- Rouchon, J.-F. (2007). *La notion de contre-transfert culturel: enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. Université de Nantes. Thèse de médecine.
- Rousseau, C., Measham, T., Moro, M.R (2011), Working with Interpreters in Child Mental Health, *Child and adolescent Mental Health*, 16(1), p. 55-59
- Rousseau, C., Measham, T., & Bathiche-Suidan, M. (2008). DSM IV , Culture and Child Psychiatry, *Journal of the Canadian Academy of Child and adolescent psychiatry*, 69-75.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and Perspectives. In M. Rutter, C.Z. Izard, & P.B. Read (Eds.), *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*. New York: Guilford Press. p. 3-32.
- Sakoyan, J. (2005). Approche anthropologique de la représentation de l'autisme en situation migratoire: les mères d'origine comorienne confrontées à l'autisme, 81, 325-332.
- Shatkin, M.L., & Belfer, M.L. (2004). The Global Absence of Child and Adolescent Mental Health Policy. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(3), 104-108.

- Silove, D., Ekblad, S., & Mollica, R. (2000). The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 355, 1548-9.
- Stichick T. (2001). The psychosocial impact of armed conflict on children: Rethinking traditional paradigms in research and intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 10(4), 797-814.
- Storck, H. (1999). Malnutrition et cultures. Approches anthropologique et clinique. In *Introduction à la Psychologie Anthropologique. Petite enfance, santé et cultures* (p. 155-174). Paris: Armand Colin.
- Sullivan, J. (2005). Exploring bori as a site of myth in Hausa culture. *Journal of African Cultural Studies*, 17(2), 271–282.
- Thabet, A. A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 45(3), 533-42.
- Thabet, A. A., Stretch, D., & Vostanis, P. (2000). Child Mental Health Problems in Arab Children: Application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(4), 266-280. doi:10.1177/002076400004600404
- Thakker, J., & Ward, T. (1998). Culture and classification the cross cultural application of the DSMIV. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 501-529.
- Tol, W.A, Komproe, I.H, Susanty, D., Jordans, M.J., Macy, R.D., & De Jong, J.T. (2008). School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 300(6), 655-62.
- Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Silove, D., (...), Panter-Brick, C. (2012). Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Harvard review of psychiatry*, 20(1), 25-36.
- Tourrette, C., & Guedeney, A. (2012). *L'évaluation en clinique du jeune enfant*. Paris: Dunod., p. 233.
- Van Ommeren, M. (2003). Validity issues in transcultural epidemiology. *Joop Journal Of Object Oriented Programming*, 182, 376-378.
- Van Ommeren, M., Sharma, B., Thapa, S., Makaju, R., Prasain, D., Bhattarai, R., & De Jong, J. T. V. M. (1999). Preparing instruments for transcultural research: use of the translation monitoring form with Nepali-speaking Bhutanese refugees. *Transcultural psychiatry*, 36(3), 285-301.
- Vermeech, S., & Fombonne, E. (1997). Le child behavior checklist, resultats preliminaires de la standardisation de la version francaise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45(10), 615-620.

- Vinck, P., Pham, P. N., Stover, E., & Weinstein, H. M. (2007). Exposure to war crimes and implications for peace building in northern Uganda. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 298(5), 543-54.
- Vostanis, P. (2007). Child Mental Health Services Across the World: Opportunities for Shared Learning. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(3), 113-114.
- Wagner, D. P., Knaus, W. A & Draper, E. A. (1983). Statistical validation of a severity of illness measure. *American journal of public health*, 73(8), 878-84.
- Wallon, H. (2002). *L'évolution psychologique de l'enfant*. Paris: Armand Collin.
- Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Wisniewski, S. R., Fava, M., Hughes, C. W., (...), Rush, A. J. (2006). Remissions in maternal depression and child Psychopathology A star D-Child report. *JAMA*, 295(12), 1389-1234.
- World Health Organization (2004). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- van Widenfelt, B.M., Treffers, P.D.A., de Beurs, E., Siebelink, B.M., & Koudis, E.. (2005). Translation and cross cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families, Clinical Child and Family Psychology Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 135-147.
- Yoro, M., & Guillemette, F. (2012). Recherche qualitative en contexte africain. *Recherche qualitative*, 31(1).
- Zeanah, C.H.. (1993). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford press.
- Zukauskienė, R., Ignataviciene, K., & Daukantaite, D. (2003). Subscales scores of the Lithuanian version of CBCL--preliminary data on the emotional and behavioural problems in childhood and adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(3), 136-43.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire Guide d'Evaluation (QGE)

Ce questionnaire anonyme permettra de mieux comprendre les besoins et les difficultés des enfants. Vous répondez à ce questionnaire en prenant votre temps en fonction de votre connaissance de votre enfant. La personne chargée de recherche pourra vous donner des précisions et répondre à vos questions.

Pour l'enquêtrice : Vous devez entourer **un seul chiffre** par question: **0 pour une réponse par la négative ou pas du tout, 1 parfois ou quelques fois, 2 souvent, fréquemment ou toujours**. S'il n'y a pas de chiffre, vous devez cocher la bonne réponse. Il est nécessaire de **répondre à toutes les questions**.

Age (en mois) selon le calendrier évènementiel : /___/___/

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Lieu de résidence de l'enfant :

☐ Ville ☐ Village ☐ Campement ☐ Autre (précisez) :

PARTIE A : Renseignements anonymes

1. La concession ou maison de résidence de l'enfant appartient à :
☐ La famille du père ☐ La famille de la mère ☐ Le père ☐ La mère ☐ Les deux parents ☐ Autre (précisez) :
2. L'enfant vit avec le plus souvent avec (une seule réponse) :
☐ Ses deux parents ☐ Son père ☐ Sa mère ☐ Confié à sa grand-mère ☐ Confié à sa tante ☐ Confié à sa marâtre ☐ Autre (précisez) :
 - 2.1. Si l'enfant est actuellement confié (grand-mère, tante ou autre) depuis plus de 3 mois:
 - a) A quel âge a-t-il été confié (selon le calendrier): /___/___/ mois
 - b) Pour quelle raison a-t-il été confié :
☐ Orphelin de mère ☐ Orphelin de père ☐ Orphelin des 2 parents ☐ Il était malade ☐ Sevrage ☐ Pour le protéger ☐
☐ Il a été demandé ou réclamé ☐ Autre (précisez) :

OU

2.2. Si l'enfant vit avec un de ses parents ou ses deux parents (père ET/OU mère):

- a) A-t-il déjà été confié à un moment ou à un autre : ☐ Oui ☐ Jamais
b) Si oui, pendant combien de temps : ☐ / ____ / mois ☐ / ____ / années
c) Si oui, à qui : ☐ Grand-mère ☐ Tante ☐ Autre (précisez) :

OU

2.3. Si l'enfant vit le plus souvent avec un seul de ses parents (père OU mère), pourquoi:

- ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Mère décédée ☐ Père décédé ☐
☐ Mère souvent absente pour le travail ☐ Père souvent absent pour le travail ☐
☐ Autre (précisez) :

3. Nombre de coépouse(s) (en plus de la mère, notez 0 s'il n'y en a pas) : / ____ /
4. S'il y a des coépouses, rang de coépouse de la mère : / ____ /
5. Nombre d'enfants en vie dans la fratrie (même père et même mère) : / ____ /
6. Nombre d'enfants décédés dans la fratrie (même père et même mère) : / ____ /
7. Rang de l'enfant dans la fratrie (parmi les enfants vivants, même père et mère) : / ____ /
8. L'enfant est-il scolarisé ou en garderie institutionnelle:
☐ Non ☐ Oui, école coranique ☐ Oui, « école des blancs » ☐
☐ Oui, jardin d'enfant ou garderie ☐ Oui, autre (précisez) :

9. Langue principale du père (un seul choix):

- ☐ Haoussa ☐ Germa ☐ Peulh ☐ Français ☐
☐ Tamasheq ☐ Autre (précisez) :

10. Langue principale de la mère (un seul choix) :

- ☐ Haoussa ☐ Germa ☐ Peulh ☐ Français ☐
☐ Tamasheq ☐ Autre (précisez) :

11. Langue principale parlé au domicile (un seul choix) :

- ☐ Haoussa ☐ Germa ☐ Peulh ☐ Français ☐
☐ Tamasheq ☐ Autre (précisez) :

12. Langues parlée(s) par l'enfant (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Haoussa ☐ Germa ☐ Peulh ☐ Français ☐
☐ Tamasheq ☐ Autre (précisez) :

13. Langues comprise(s) par l'enfant (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Haoussa ☐ Germa ☐ Peulh ☐ Français ☐
☐ Tamasheq ☐ Autre (précisez) :

14. Sources de revenus de la mère (plusieurs choix possibles)

- ☐ Ménagère ☐ Culture maraichère ☐ Elevage de concession ☐

☐ Petit commerce de nourriture ☐

☐ Commerce avec le Nigeria ☐

☐ Autre (précisez) :

15. Sources de revenus du père (plusieurs choix possibles)

☐ Cultivateur, propriétaire de la terre ☐ Cultivateur, non propriétaire de la terre ☐

☐ Elevage ☐ Commerçant ☐ Marabout ☐

☐ Autre (précisez) :

Consultations antérieures:

L'enfant a-t-il un carnet de santé ? : Oui ☐ Non ☐ Des visites à la PMI ☐ Au CSI ☐

Les parents ont-ils déjà consulté pour un problème de santé mentale:

Un Imam ☐

Un marabout ☐

Un guérisseur ou yan bori ☐

Un docteur (case ou CSI ou hôpital) ☐ Autre, précisez : _____

Si oui, quel était le problème de l'enfant ? _____

Quelle cause et quel traitement pour le trouble ? précisez : _____

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Oui ☐ Non ☐ Si oui précisez les motifs : _____

Protections :

Objets protecteurs portés par l'enfant Oui ☐ Non ☐, si non pour quelles raisons ?

Cérémonies concernant l'enfant : Circoncision du garçon ou équivalent pour la fille ☐

Cérémonie pour guérir, préciser le trouble ☐ _____

Initiation ☐ Autres, précisez : _____

Perception de l'enquêtrice :

0 1 2 C'est un enfant attractif/agréable

0 1 2 C'est un enfant capricieux/difficile

Quelles sont les inquiétudes principales concernant la santé et l'avenir de cet enfant ? Précisez _____

Commentaires de l'enquêtrice⁸ :

PARTIE B : Questions d'évaluation (QGE)

Entourez le chiffre correspondant le mieux à votre perception : 0 pour une réponse par la négative ou pas du tout et 2 pour une réponse affirmative

0 2 L'enfant présente-t-il des troubles massifs du développement et de la communication du type autisme, psychose infantile, déficit intellectuel profond, polyhandicap ? **Entourez 0 ou 2,**

Si 2 précisez : _____. Si vous avez répondu « 2 », ne pas remplir le QGE, arrêtez-vous.

Et précisez le nom de la maladie ou du trouble dans la langue : _____

Pour chaque question entourez le chiffre correspondant le mieux à votre perception : 0 pour une réponse par la négative ou pas du tout, 1 parfois ou quelques fois, 2 souvent, fréquemment

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. Bégalement |
| 0 | 1 | 2 | 2. Refus de s'alimenter, durable, répété |
| 0 | 1 | 2 | 3. Réveils fréquents, Insomnies, se lève la nuit |
| 0 | 1 | 2 | 4. Absent, ailleurs, dans son monde, difficulté pour la maman à entrer en relation avec l'enfant ou le bébé |
| 0 | 1 | 2 | 5. Un mauvais rêve/cauchemar qui revient souvent |
| 0 | 1 | 2 | 6. Perte d'appétit |
| 0 | 1 | 2 | 7. Apeuré, inquiet, angoissé |
| 0 | 1 | 2 | 8. Difficultés pour s'endormir avec par exemple : cris, pleurs, agitation |
| 0 | 1 | 2 | 9. Difficultés d'acquisitions et de régulation de l'urinage: _____ |
| 0 | 1 | 2 | 10. Des mauvais rêves, souvent |
| 0 | 1 | 2 | 11. Refus de se séparer de quelqu'un, parents, frères/sœurs, précisez : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 12. Triste, abattu, pas heureux |
| 0 | 1 | 2 | 13. Mange beaucoup trop, comme pour se remplir, même sans appétit |
| 0 | 1 | 2 | 14. Ne parle pas ou très peu, est très différents par rapport aux enfants de son âge |
| 0 | 1 | 2 | 15. Alimentation sélective |
| 0 | 1 | 2 | 16. Difficultés d'endormissement |
| 0 | 1 | 2 | 17. Sursaut, mouvements incontrôlés sans raison apparente |
| 0 | 1 | 2 | 18. Douleurs et plaintes sur le corps, mais sans trouver la cause |
| 0 | 1 | 2 | 19. L'enfant vous semble-t-il dans un état d'inquiétude permanente ou très fréquente ? |

⁸ Quelle perception de la situation économique de la famille ; dénuement, pauvreté, aisance. Quelle perception de la situation matrimoniale de la maman, satisfaisante pour elle ou problématique. Situation psychologique de la maman : ok, triste ou déprimé, isolée, etc.

Quelles sont vos perceptions de l'enfant dont il est question s'il est présent et éventuellement du type d'attachement avec la maman ?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 20. Caca dans sa culotte (de jour ou de nuit) pas normal pour l'âge |
| 0 | 1 | 2 | 21. Bouge sans arrêt, incapable de se poser |
| 0 | 1 | 2 | 22. Ne supporte pas la poussière, les poils de chat ou de chien ou autres, avec réaction immédiate : yeux qui gonflent, nez qui coulent
(décrivez) : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 23. Refus de sortir de la concession ou de la maison |
| 0 | 1 | 2 | 24. Enfant fatigué, découragé |
| 0 | 1 | 2 | 25. Respiration qui siffle au repos, asthme |
| 0 | 1 | 2 | 26. Reste trop collé à l'adulte présent par rapport aux enfants de son âge |
| 0 | 1 | 2 | 27. Enfant perdu dans ses pensées, avec des souvenirs qui reviennent très souvent Si oui lesquels ? (décrivez) : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 28. Comportement agressif/conflictuel, tendance à la violence, trop bagarreur (à la maison ou/et à l'extérieur) |
| 0 | 1 | 2 | 29. Perturbation des activités de l'enfant (jeux ou autres), lesquels (décrivez) _____ |
| 0 | 1 | 2 | 30. Pertes d'acquisitions comme le langage, être propre (urine ou caca) ou autres Précisez : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 31. Conduites d'isolement ou de retrait |
| 0 | 1 | 2 | 32. Incapacité de se concentrer |
| 0 | 1 | 2 | 33. Existe-t-il chez l'enfant des émotions envahissantes (colère, tristesse et autres) ? Si oui précisez : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 34. Refus de certaines activités lié à une forme d'apathie, désintérêt ou d'indifférence |
| 0 | 1 | 2 | 35. Existe-t-il chez l'enfant des jeux ou activités excessivement répétitifs ? Si oui précisez : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 36. L'enfant a-t-il des conduites d'évitement, de fuite ou d'équivalent, par exemple à des bruits, à des situations, à des images et autres ? Précisez : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 37. L'enfant a-t-il des comportements particulièrement répétitifs susceptibles de gêner sa vie quotidienne ? Si oui, précisez : _____ |

Ajouter et précisez des difficultés de l'enfant non listée dans le questionnaire, lesquels :

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 38. Précisez : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 39. Précisez : _____ |
| 0 | 1 | 2 | 40. Précisez : _____ |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de réponses par colonne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scores pour chaque colonne

Score total :

À votre connaissance l'enfant a-t-il été victime, témoin et directement confrontés à des événements de violences, menaces, blessures, agressions, agression sexuelles, accidents, mort subite d'un proche en sa présence, violences familiales ou conjugales ou d'autres événements pouvant mettre sa vie en danger : catastrophe naturelle, guerre, incendie ou autres ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez _____

Annexe 2 : PSYCa 3-6 Psychological Screening tool for Young Children aged

Ce questionnaire anonyme permettra de mieux comprendre les besoins et les difficultés des enfants. Vous répondez à ce questionnaire en prenant votre temps en fonction de votre connaissance de votre enfant. La personne chargée de recherche pourra vous donner des précisions et répondre à vos questions.

Pour l'enquêteur : Vous devez entourer **un seul chiffre** par question: **0 pour une réponse par la négative ou pas du tout, 1 parfois ou quelques fois, 2 souvent, fréquemment ou toujours**. S'il n'y a pas de chiffre, vous devez cocher la bonne réponse. Il est nécessaire de **répondre à toutes les questions**.

Age (en mois): / ____ / ____ /

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Lieu de résidence de l'enfant :

Pour chaque question entourez le chiffre correspondant le mieux à votre perception : 0 pour une réponse par la négative ou pas du tout, 1 parfois ou quelques fois, 2 souvent, fréquemment

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. L'enfant bégaye |
| 0 | 1 | 2 | 2. L'enfant refuse de s'alimenter, durable, répété |
| 0 | 1 | 2 | 3. L'enfant a des réveils fréquents, des insomnies, se lève la nuit |
| 0 | 1 | 2 | 4. L'enfant est absent, il semble ailleurs ou dans son monde, il a des difficultés à entrer en relation avec vous |
| 0 | 1 | 2 | 5. L'enfant fait un mauvais rêve ou un cauchemar qui revient souvent |
| 0 | 1 | 2 | 6. L'enfant est apeuré, inquiet, angoissé |
| 0 | 1 | 2 | 7. L'enfant a des difficultés pour être propre (pipi, caca) |
| 0 | 1 | 2 | 8. L'enfant refuse de se séparer d'un de ses parents, frères/sœurs etc. |
| 0 | 1 | 2 | 9. L'enfant mange beaucoup trop |
| 0 | 1 | 2 | 10. L'enfant ne parle pas ou très peu, a un langage très différent des enfants de son âge |
| 0 | 1 | 2 | 11. L'enfant refuse de manger certains aliments et choisi ce qu'il veut manger à tous les repas |

0	1	2	12. L'enfant a des difficultés pour s'endormir
0	1	2	13. L'enfant a des sursauts, mouvements incontrôlés sans raison apparente
0	1	2	14. L'enfant a des douleurs ou se plaint au niveau de son corps sans cause médicale évidente
0	1	2	15. L'enfant est incapable de se poser, il bouge sans arrêt
0	1	2	16. L'enfant refuse de sortir de la concession ou de la maison
0	1	2	17. L'enfant est fatigué, découragé
0	1	2	18. L'enfant a un comportement vraiment trop agressif ou bagarreur, il est violent (à la maison ou/et à l'extérieur)
0	1	2	19. L'enfant s'isole ou se met souvent à l'écart des autres
0	1	2	20. L'enfant se laisse facilement dépasser par ses émotions colère, tristesse, jalousie fraternelle etc.
0	1	2	21. L'enfant a des jeux ou des activités répétitives
0	1	2	22. L'enfant s'enfuit ou évite des bruits, des images ou des situations particulières
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de réponses par colonne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scores pour chaque colonne

Score total : ☐

Annexe 3 : Guide d'utilisation du PSYCa 3-6

USER'S GUIDE TO THE PSYCa 3-6

Psychological screening for young children aged 3 to 6 years old

This document provides information on how to use the tool in the field. It was designed to be user-friendly and easy to implement.

INTRODUCTION

The mental health needs of young children in humanitarian contexts often remain unaddressed. During the acute phase of a humanitarian emergency, and in humanitarian contexts in general, psychological care of children may come far down on the list of priorities. The limited number of both local and international medical professionals combined with the relative lack of mental health professionals in these settings also hinders the implementation of mental health activities.

Psychological distress in young children is particularly difficult to evaluate by non-specialists requiring knowledge of normal child development as many behaviors are normal at certain ages but not at others. Young children, between 3 and 6 years old, are in a vulnerable psychological period, which can have consequences on the quality of their emotional, cognitive, and physical capacities. Although the psychological response of children depends on their individual, family, and social environments among many other factors, recognizing the diversity of potential psychological responses is essential to provide appropriate interventions. Although addressing training and infrastructure needs to respond to children's mental health remain the ideal, in their absence, tools that help identify children who require further assessment may help to rationalize scarce resources and orient children to care in humanitarian contexts.

The lack of cross-culturally valid instruments, and data about child psychological difficulties, is a public health concern in humanitarian contexts. Although scales exist for general psychological difficulties, none concern children aged 3 to 6 years.

Recent research has shown the importance of tools able to detect and orient children in need, but has focused on children older than 6 years with an emphasis on post-traumatic stress disorder. In addition to PTSD, recent studies have also shown the importance of addressing depression and anxiety disorders.

The aim of this tool was to respond to one of the gaps in addressing the mental health needs of young children in humanitarian contexts. Although there are many valid models of screening, evaluation and care, the need for a simple, rapid screening scale administered by non-specialists would fill one of the many gaps in responding to the mental health needs of young children in humanitarian contexts.

BACKGROUND OF THE TOOL

The tool was initially created in 1999, in an Medecins Sans Frontieres field program to meet the demand expressed by non-specialist doctors for a tool to screen young children in need of psychological support during the Kosovo conflict. Its content has been modified and improved as the tool has been used over the years.

The tool has been validated in several contexts and countries, Niger (Hausa), Colombia (Spanish) and Kenya (Swahili) and is ready to be used elsewhere.

THE TOOL

The PSYCa3-6 is a scale for assessing psychological difficulties in young children (3-6).

It is a questionnaire designed to uncover empirical observable information. It is a tool for screening and orientation, and not a diagnostic tool. It is a scaled hetero-assessment to be filled in by the parent or caregiver, through the intermediary of a non-specialist interviewer

The tool aims to assess the psychological status of children (3-6) and detect psychological difficulties through the principle registers of expression: depression, phobia, anxiety, regression and psychosomatic complaints. It is also useful in allowing detection of psycho-traumatic disorders that are absent from other non-specialist scales.

0	1	2	The child stammers
0	1	2	The child refuses to eat, repeatedly and over a long period
0	1	2	The child often wakes up, suffers from insomnia and gets up in the night
0	1	2	The child is absent, seems to be somewhere else or in his/her own world, she or he has trouble connecting with you
0	1	2	The child has a frequently recurring bad dream or nightmare
0	1	2	The child is frightened, nervous and anxious
0	1	2	The child has trouble with going to the toilet (peeing and pooing)
0	1	2	The child refuses to be separated from one of his or her parents, brothers, sisters, etc.
0	1	2	The child eats far too much
0	1	2	The child hardly speaks or not at all, using very different language from other children of the same age
0	1	2	The child refuses to eat certain foods and chooses what s/he wants to eat at every meal
0	1	2	The child has trouble falling asleep
0	1	2	The child jumps and has uncontrolled movements without any apparent reason

0	1	2	The child is in pain or complains about his/her body without any obvious medical cause
0	1	2	The child cannot keep still and moves all the time
0	1	2	The child refuses to leave the concession or house
0	1	2	The child is tired, disheartened
0	1	2	The child behaves too aggressively, fights too much, is violent (at home and/or outside the home)
0	1	2	The child keeps to him/herself and often stays away from other people
0	1	2	The child is easily carried away by emotions such as anger, sadness and fraternal jealousy
0	1	2	The child's games and activities are repetitive
0	1	2	The child runs away from or avoids specific noises, images or situations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Number of answers per column
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scores for each column

Overall score:

As far as you know, has the child been a victim of, witness to or directly confronted by violent events, threats, injuries, accidents, sudden death of a close relative in his/her presence, family or conjugal violence or other events that could endanger her/his live: natural catastrophes, war, fire or other events?

☐Yes ☐No

If yes, please specify _____

TRANSLATION OF THE TOOL

To implement and use the tool in a language other than Haoussa, Swahili or Spanish), the tool needs to be translated and the translated version tested to ensure all of the questions are understood by the parents and caregivers.

First, a fluent translator translates the tool into the language needed. Second, the tool is piloted in the population and any changes to language that facilitate understanding may be made. Third, the tool is returned back to the translator for validation⁹. These steps are needed as there may be differences between spoken and written languages.

The interviewer guideline (annex) also needs to be translated into the language if interest. This guide is used by interviewers in the tool administration process.

⁹ It can happen in some languages that spoken and written language include some differences (this happened during Hausa version)

INTERVIEWERS

Recruitment

The tool had been designed, validated and implemented using non specialist interviewers who have undergone special training on the use of the tool. Non specialist interviewers include persons who have no experience in mental health.

The most important aspect in the administration is that the interviewers read the question as it is and do not add any additional information or explanation.

A specific guideline (annex) is provided in case of any misunderstanding of the question by the respondent. If the question as stated has been repeated twice and the respondent remains unclear, the interviewer reads an example from the guideline. Examples are available for each of the question. This ensures standardization of administration, especially when there are multiple interviewers.

Training before implementation

All interviewers should introduce themselves in a standard way.

Insist on being alone with the respondent.

Each question needs to be read as it is and quote following the answer of the parent or caregiver, without interpretation.

The interviewer is not asked to find the difficulties of the child screened. The scale and its score will do it. If the score is above 9, *the child will be referred to the psychologist (previously identified) for further evaluation.*

Main information to provide to interviewers:

Always ask the questions in the same way, allow the parent (or caregiver) to think and to ask you questions if there is something they do not understand.

During the interview, circle the number that best corresponds to your perception of the answer:

- 0 for “no or not at all”
- 1 for “sometimes or occasionally”
- 2 for “often or frequently”

Example:

<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	The child stammers
0	1	<input checked="" type="radio"/> 2	The child refuses to eat, repeatedly and over a long period

It is very important that all interviewers follow exactly the same process. In order to ensure standard interviewer administration it is preferable to keep this to a very simple procedure.

At the end, all questions must be answered. After the questionnaire is finished, go through it to make sure all questions have a circle and calculate the scores.

Important point to address to the interviewer (s)

- The caregiver's answer is the most important, not the one the interviewer thinks that the caregiver would have provided.
- Privacy in administration
 - For example, if someone else enters to assist in the administration, be sure that the caregiver allows it and feels comfortable
 - Do not be distracted by something else while administering the tool
- Trust in the relationship
 - Fundamental rule: the respondent must feel comfortable, and that all information provided will be confidential. Do not forget that the respondent is answering about one of her/his children and at the end maybe you will need to refer the child to the clinical psychologist.
- Show interest to the interviewees
- Feel relaxed, confident and safe
- Sit down comfortably, as well as the caregiver
- Read the items as written
 - One word can change the meaning and the answer to the item
 - Don't interpret the answer, nor the item, it will have the same impact
- Read the complete sentence
- Read slowly and clearly
- In case of misunderstanding or if the person says he/she doesn't understand the meaning
 - Repeat the sentence once
 - Then if needed read the example in the guideline provided
- Stay neutral
 - Don't suggest the answer

TO CALCULATE THE TOTAL SCORE

Once all questions are answered, to avoid miscalculation:

First the interviewer calculates the number of 0, 1 and 2 per column (number of answers per column) = the total number of 0, 1 or 2 (must be 22).

Second, he/she calculates the scores for each column.

Third, he/she adds the 3 numbers obtain to have the global score (between 0 to 44)

For example, the questionnaire includes 6 items quoted 0, 15 items quoted 1 and 1 item quoted 2

6	15	1	Number of answers per column
6x0	15x1	1x2	

0	15	2	Scores for each column	Overall score: 17
---	----	---	------------------------	--------------------------

In this example, the child will be referred to the psychologist for further evaluation and care if needed.

CUT OFF

After the validation process, the cut off was defined at 9. All scores 9 and above need to be referred to a clinical psychologist for further evaluation and care.

SET UP NEEDED on the field

Before the use of such tool, the referral set up needs to be organized. At least one clinical psychologist who will provide the evaluation needed, referral and care for the children screened positive during the assessment.

Annexe 4: Traduction du PSYCa 3-6 en haoussa, espagnol et Kiswahili

Version Haoussa

PSYCa 3-6

Uwargida, wannan jerin tambayoyi marar ambatar suna zai taimaka a fahimci buƙatu da matsalolin yara. Sai ku bayar da amsoshinku gwalgwadon lokacinku kuma dangane da fahimtar halin da yaronku yake ciki. Matambayiya za ta iya ba ku cikakken bayani kuma ta amsa duk wata tambaya.

Zuwa ga matambayiya: Ku kewaye sifiri ɗaya kawai ga kowace tambaya: 0 idan an ce “a’a”, 1 idan an ce wani bi, 2 idan an ce lalle, sosai, ko kullun. Idan babu sifiri, sai ku kewaye amsar da ta dace. Wajibi ne a amsa illahirin tambayoyin.

Shekaru (a watanni) ta lissafi da al’amurra: /___/___/

Jinsi : ☐ Namiji ☐ Mace

Matsugunnin yaro :

Ga kowace tambaya, ku kewaye sifirin da ya dace da ra’ayinku: 0 ga amsar “a’a” ko in babu amsa, 1 wani bi, 2 lalle, sosai

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. Yaro yana i’ina |
| 0 | 1 | 2 | 2. Yaro na kin cin abinci kai tsaye, lokaci zuwa lokaci zuma lokaci |
| 0 | 1 | 2 | 3. Yaro na yawan falkawa, bai ya barci isasshe, yana tashi
cikin dare |
| 0 | 1 | 2 | 4. Yaro ba shi da natsuwa, bai aza hankalinshi wuri ɗaya ba, ko da
yausha yana cikin wani tunaninsa, uwa na da matsalar yin magana da
yaro ko jinjiri |
| 0 | 1 | 2 | 5. Yaro na yin mugun mafalki lokaci zuwa lokaci |
| 0 | 1 | 2 | 6. Yaro na tsoro, rikita, firgita |
| 0 | 1 | 2 | 7. Yaro na da matsalar rike futsari |
| 0 | 1 | 2 | 8. Yaro na sarkuwa ga mutane, iyaye, yannai : a bada bayani |
| 0 | 1 | 2 | 9. Yaro na cin abinci so dayawa, kamar mai son cika
cikinshi, ko da ba ya jin yinwa |
| 0 | 1 | 2 | 10. Yaro ba ya magana sam ko yana yin magana ɗan kaɗan, ya
bambanta sosai da warinsa |
| 0 | 1 | 2 | 11. Yaro na tsananin zaɓar abincinshi |

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 0 | 1 | 2 | 12. Yaro na da matsalar shiga barci |
| 0 | 1 | 2 | 13. Yaro na firgita, yana yin motsin da ba shi da kan gado
ko dalili |
| 0 | 1 | 2 | 14. Yaro na jin ciwo, yana kukan ciwon jiki, ba tare da sani dalilin
hakan ba |
| 0 | 1 | 2 | 15. Yaro na yawon motsi ko da yausha, ba ya zama wuri faya |
| 0 | 1 | 2 | 16. Yaro na kin fita daga gida ko daki |
| 0 | 1 | 2 | 17. Yaro ya kasance gajiyayye ne, ba ya da kuzari |
| 0 | 1 | 2 | 18. Yaro na nuna kiyayya da fitina, mai son bugu ne, yana yawan fada
(a gida da/ ko a waje) |
| 0 | 1 | 2 | 19. Yaro na kaurace wa jama'a ko janyewa daga cikin Mutane |
| 0 | 1 | 2 | 20. Yaro yana da motsin rai masu sha kai (fushi, bacin rai da sauransu) |
| 0 | 1 | 2 | 21. Yaro yana na da wasu wasanni ko abubuwa da yake yawan yi ko
wane lokaci |
| 0 | 1 | 2 | 22. Yaro yana da tsananin kaucewa abubuwa, da halin gudu ko
makamantansa, misali gudun wasu kara ko yanayi, ko hoto da
sauransu |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adadin amsa na kowane layin tsaye |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maki na kowane layin tsaye |

Jimlar maki ☐

A saninku, wani tashin hankali ya samu yaron ko yaron kai tsaye ya ga al'murran tashin hankali kamar, razana, jimuwa, Hari faɗe, hatsari, mutuwar wani na kusa a kan idonsa, tashin hankali a cikin gida ko tsakanin iyaye, wasu al'amurran da suke iya saka rayuwarsa a cikin :

☐ A'a hatsari bala'in yanayi, yaɗi, gobara, da sauransu?

Idan an ce "I", a bayyana

Version espagnole

PSYCa 3-6

Señora, este cuestionario anónimo permitirá comprender mejor las necesidades y las dificultades de los niños. Usted puede responder a este cuestionario tomándose su tiempo en función del conocimiento que tenga de su hijo. La persona encargada de la investigación podrá darle más detalles y responder a sus preguntas.

Para la encuestador: Debe marcar con un círculo **una cifra** por pregunta: **0 para una respuesta negativa o ninguna vez, 1 a veces o algunas veces, 2 a menudo, frecuentemente o siempre**. Si no hay cifras, deberá marcar la respuesta correcta. Es necesario **responder a todas las preguntas**.

Edad del niño (en meses): /____/____/

Sexo: ☐ ☐ Masculino ☐ ☐ Femenino

Lugar de residencia del niño: ☐

Para cada pregunta marque con un círculo la cifra que mejor corresponda a su percepción: 0 para una respuesta negativa o ninguna vez, 1 “a veces” o “algunas veces”, 2 “a menudo”, “frecuentemente”

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. El niño tartamudea |
| 0 | 1 | 2 | 2. El niño se niega a comer, de forma duradera o repetida |
| 0 | 1 | 2 | 3. El niño se despierta con frecuencia, presenta insomnia, se levanta por noche |
| 0 | 1 | 2 | 4. El niño está ausente, parece estar en otro lugar o en su mundo, tiene dificultades para relacionarse con usted |
| 0 | 1 | 2 | 5. El niño tiene malos sueños o pesadillas en forma recurrente |
| 0 | 1 | 2 | 6. El niño tiene miedo, está inquieto, angustiado |
| 0 | 1 | 2 | 7. El niño tiene dificultades para estar limpio (pis, caca) |
| 0 | 1 | 2 | 8. El niño se niega a separarse de uno de sus padres, hermanos/hermanas etc. |
| 0 | 1 | 2 | 9. El niño come demasiado |
| 0 | 1 | 2 | 10. El niño no habla o habla muy poco, tiene un lenguaje muy diferente al de los niños de su edad |
| 0 | 1 | 2 | 11. El niño se niega a comer determinados alimentos y elige lo que quiere comer en todas las comidas |
| 0 | 1 | 2 | 12. El niño tiene dificultades para dormirse |
| 0 | 1 | 2 | 13. El niño tiene sobresaltos, movimientos incontrolados sin razón aparente |

0	1	2	14. El niño tiene dolores o se queja de molestias corporales sin causa médica evidente
0	1	2	15. El niño es incapaz de quedarse quieto, se mueve constantemente
0	1	2	16. El niño se niega a salir del recinto o de la casa
0	1	2	17. El niño está cansado, desanimado
0	1	2	18. El niño tiene un comportamiento demasiado agresivo o pelea con frecuencia, es violento (en casa y/o a fuera)
0	1	2	19. El niño se aísla o se aleja con frecuencia de los demás
0	1	2	20. El niño se deja llevar fácilmente por sus emociones, rabia, tristeza, celos fraternales, etc.
0	1	2	21. El niño tiene juegos o actividades repetitivos
0	1	2	22. El niño se escapa o evita determinados sonidos, imágenes o situaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de respuestas por columna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puntuación para cada columna

Puntuación total:

Según usted, ¿el niño ha sido víctima, testigo y directamente expuesto a episodios de violencia, amenazas, heridas, agresiones, agresión sexual, accidentes, muerte súbita de un familiar en su presencia, violencia familiar o conyugal u otros acontecimientos que podían poner su vida en peligro: catástrofe natural, guerra, incendio u otros?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo precise _____

Version Kiswahili

PSYCa 3-6Mama, haya maswali na majibu yako yatakayowekwa kama siri yatatuwezesha kuelewa vyema mahitaji na shida za mtoto. Tafadhali jibu maswali haya kwa utaratibu na kulingana unavyojua mtoto wako. Aliyepewa jukumu la kukusanya kazi hii atawapatia maelezo ya ziada yatakapohitajika na kujibu maswali yenu.

Kwa anayejibu haya maswali: Tafadhali chagua **jibu moja pekee** katika kila swali : **0 kwa chaguo la La ama la hasha , 1 kwa chaguo la Wakati Mwingine, 2 kwa chaguo la Kila Wakati ama Mara Nyingi.** Kama hakuna jibu, chagua jibu linaloonekana bora zaidi kuliko mengine. **Tafadhali jibu maswali yote.**

Umri (miezi) kulingana na kalenda ya matukio : / _ _ / ____/

Jinsia : ☐ Mume ☐ Mke

Mahala anapoishi mtoto :

Chagua, kulingana na mtazamo wako : 0 kwa chaguo la La ama La hasha na 2 kwa chaguo la Ndio ama Kila Wakati

Katika kila swali, chagua jibu bora zaidi kulingana na mtazamo wako, 0 kwa chaguo la La ama la hasha, 1 kwa chaguo la Wakati Mwingine, na 2 kwa Kila Wakati

- | | | | | |
|---|---|---|-----|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. | Mtoto ana kigugumizi |
| 0 | 1 | 2 | 2. | Mtoto hukataa kula mara nyingi na kwa munda mrefu |
| 0 | 1 | 2 | 3. | Mtoto mara nyingi huamka usiku, huishiwa na usingizi usiku |
| 0 | 1 | 2 | 4. | Mtoto anaonekana amezubaa, ni kama yumo katika dunia
Yake pekee, ana matatizo kuhusiana na wewe |
| 0 | 1 | 2 | 5. | Mtoto halali vizuri na huwa na ndoto mbaya ama za kutisha
mara Nyingi |
| 0 | 1 | 2 | 6. | Mtoto hutishika kirahisi, ana wasiwasi |
| 0 | 1 | 2 | 7. | Mtoto ana matatizo ya kuenda choo (kukojoa ama haja
kubwa) |
| 0 | 1 | 2 | 8. | Mtoto hukataa kutengwa na wazazi ama dada au kaka zake |
| 0 | 1 | 2 | 9. | Mtoto hula sana kupita kiwango chake |
| 0 | 1 | 2 | 10. | Mtoto hazungumzi ama huzungumza kidogo, au kiwango
chake cha lugha hakilingani na rika yake |
| 0 | 1 | 2 | 11. | Mtoto hukataa kula vyakula vingine na husistiza kula vyakula
Maalum |

- | | | | | |
|---|---|---|-----|---|
| 0 | 1 | 2 | 12. | Mtoto huwa na shida wakati wa kulala (halali kwa haraka) |
| 0 | 1 | 2 | 13. | Mtoto hugutuka ama ana migutuko yasioeleweka |
| 0 | 1 | 2 | 14. | Mtoto ana maumivu ama hunung'unika kuhusu maumivu ya mwili yasiyo na ushahidi unaoonekana kwa madaktari |
| 0 | 1 | 2 | 15. | Mtoto hawezi kutulia pahali pamoja |
| 0 | 1 | 2 | 16. | Mtoto hukataa kutoka kwa nyumba |
| 0 | 1 | 2 | 17. | Mtoto hukaa amechoka na hana tamaa ya kufanya lolote |
| 0 | 1 | 2 | 18. | Mtoto ni mchokozi na hupigana na wenzake (nyumbani ama nje) |
| 0 | 1 | 2 | 19. | Mtoto hujitenga na wenzake |
| 0 | 1 | 2 | 20. | Mtoto kupitwa na hisia zake ; hasira, huzuni, Wivu |
| 0 | 1 | 2 | 21. | Mtoto hukaa akicheza michezo ama shughuli zile zile kwa Muda mrefu |
| 0 | 1 | 2 | 22. | Mtoto huepuka au hapendi kelele , picha ama hali hasa |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nambari ya majibu katika kila safu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alama katika kila safu

Alama Jumla : ☐

Kulingana na mtazamo wako, mtoto ameshawahi kuathirika, katika njia moja ama nyingine, na vurugu, vitisho, majeruhi, kushambuliwa, ajali, kifo kilichotendeka karibu naye, vurugu za kifamilia ama kingono ama visa vingine vilivyoweka maisha yake hatarini : maafa asilia kama mtetemeko wa ardhi, mafuriko, au vita au moto au visa vingine ?

☐ Ndio ☐ Hapana Kama Ndio, fafanua:_____